

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 22 Juillet 1891, à 1 heure

PAR

HONORÉ VILLARD

Né à Chauffailles (Saône-et-Loire), le 12 avril 1857

KYSTES HYDATIQUES

DE LA

RÉGION SACRO-LOMBAIRE

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : { MM. TERRILLON, professeur.
SEGOND, REYNIER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur de A. Parent

52, RUE MADAME, 52

1891

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DIEULAFOY.
	DEBOVE
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TILLAUX.
Pharmacologie.....	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	STRAUS.
	G. SÉE
Cliniques médicales.....	POITAIN.
	JACCOUD.
	PETER.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.....	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.....	CHARCOT.
	VERNEUIL.
Cliniques chirurgicales.....	LE FORT.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Cliniques d'accouchements.....	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT et A. RICHET.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET	FAUCONNIER	NÉLATON	RIBEMONT
BAR	GILBERT	NETTER	DESSAIGNES
BLANCHARD	GLEY	POIRIER, chef des	PICARD
BRISAUD	HANOT	travaux anatomi-	ROBIN (Albert)
BRUN	HUTINEL	ques.	SCHWARTZ
CAMPENON	JALAGUIER	POUCHET	SEGOND
CHANTEMESSE	KIRMISSON	QUENU	TUFFIER
CHAUFFARD	LETULLE	QUINQUAU	VILLEJEAN
DEJERINE	MARIE	REITTERER	WEISS
	MAYGRIER	REYNIER	

Secrétaire de la Faculté : M. C. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Chevalier de la Légion d'honneur,
Membre de l'Académie de médecine,
Chirurgien des hôpitaux.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552023_0008

KYSTES HYDATIQUES

DE LA

RÉGION SACRO-LOMBAIRE

INTRODUCTION

Les kystes hydatiques de la région sacro-lombaire présentent un intérêt particulier, non seulement en raison de leur fréquence qui est grande, mais encore et surtout en raison des erreurs de diagnostic qu'on est exposé à commettre au sujet des malades qui en sont atteints.

Combien de fois, en effet, en présence d'une des nombreuses tumeurs dont la région sacro-lombaire est si fréquemment le siège, n'a-t-on pas hésité entre un kyste hydatique et, par exemple, un lipome ou un abcès froid? Dans combien de circonstances, à défaut de ponction exploratrice, l'opération seule n'est-elle pas venue lever tous les doutes et redresser un diagnostic inexact? La science nous fournit, en nombre assez considérable, les exemples d'erreurs de cette nature : les observations que nous publions en sont la preuve évidente.

Les difficultés du diagnostic, alors même qu'elles ne sont pas insurmontables, sont, d'ailleurs, toujours grandes.

Il nous a donc paru intéressant et utile d'attirer l'attention sur les kystes hydatiques de la région sacro-lombaire et d'en réunir, dans notre thèse inaugurale, un certain nombre de cas, en insistant surtout sur leurs symptomatologie et sur les signes diagnostiques qui doivent nous permettre le plus sûrement de reconnaître l'affection.

Notre travail sera divisé de la façon suivante :

- 1° Division des kystes hydatiques de la région sacro-lombaire ;
- 2° Anatomie pathologique ;
- 3° Etiologie ;
- 4° Symptomatologie ;
- 5° Diagnostic ;
- 6° Pronostic et traitement.

Nous publierons à la suite toute la série d'observations que nous avons pu rassembler.

La première de ces observations nous est personnelle, et c'est précisément l'intérêt qu'elle présente qui a déterminé le choix de notre sujet : c'est en assistant à l'opération de la malade qui en fait l'objet que l'idée de ce travail nous est venue.

La région sacro-lombaire présente, de plus, pour les kystes hydatiques, un siège de prédilection. Nous sommes heureux de pouvoir le démontrer par un assez grand nombre d'observations recueillies dans un temps relativement court. Marguet, dans sa thèse (1), cite

(1) Marguet. Th. de Paris, 1888.

14 cas de kystes hydatiques sacro-lombaires sur 130 cas de kystes hydatiques musculaires et cet auteur insiste sur le fait que la région sacro-lombaire est une des sections privilégiées du corps humain sous ce rapport.

DIVISION

Rappelons en quelques mots l'anatomie de la région sacro-lombaire, d'une part, pour bien fixer nos idées quant au siège des kystes dans cette région, et, d'autre part, pour en arriver à une division qui s'impose, du reste, tant au point de vue anatomique qu'au point de vue clinique.

Il convient de distinguer à cette région quatre plans superposés :

- 1° Le plan cutané et cellulo-adipeux sous-cutané ;
- 2° Le plan de l'aponévrose lombaire ;
- 3° Le plan musculaire de la masse sacro-lombaire ;
- 4° Le plan profond, constitué, sur la ligne médiane, par les vertèbres lombaires et sacrées ; sur les côtés, par des parties molles : le muscle carré des lombes, les muscles intertransversaires et les feuillets profonds de l'aponévrose du transverse ; ces diverses parties recouvertes, à leur face profonde, par la couche celluleuse lâche sous-péritonéale, le péritoine et enfin les viscères adjacents.

Les kystes hydatiques peuvent se rencontrer dans ces différentes couches, et, pour cette raison, nous en

distinguerons de quatre espèces, correspondant à chacun des plans que nous venons de décrire :

1° *Kystes hydatiques sous-cutanés* ;

2° *Kystes sous-aponévrotiques* , ces derniers se subdivisant eux-mêmes en :

A. *Kystes sous-aponévrotiques proprement dits*,

B. *Kystes musculaires* ;

C. *Kystes profonds*.

Cette division ne fera pas, dans notre travail, l'objet de chapitres distincts, mais, ainsi que nous le verrons, elle nous sera, plus tard, d'un grand secours pour l'étude de notre sujet en général et celle du diagnostic en particulier.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous diviserons en deux parties l'anatomie pathologique de la question : la première sera consacrée à l'anatomie pathologique générale du kyste hydatique la seconde à l'étude de l'anatomie pathologique spéciale à notre sujet, c'est-à-dire à celle du kyste hydatique dans la région sacro-lombaire.

1° En ce qui concerne l'*anatomie pathologique générale du kyste hydatique*, il nous sera permis d'être bref, puisque l'étude du kyste en lui-même, tel qu'il se comporte dans toutes les régions, a été faite, d'une façon merveilleuse, par des maîtres comme J. Cruveilhier (1), Davaine (2), etc.

(1) J. Cruveilhier. Traité d'anatomie pathologique générale. 1856.

(2) Davaine. Traité des Entozoaires. 1877.

En résumé, cette partie de notre travail comprendra elle-même deux paragraphes :

A. L'étude du contenant.

B. Celle du contenu.

Contenant. — Les parois du kyste sont constituées par une membrane externe, appelée kyste adventif, et les membranes hydatiques au nombre de deux, la membrane mère et la membrane germinale.

La membrane adventive n'est que le produit du travail irritatif provoqué dans le gangue cellulaire des tissus par la présence de l'embryon hexacanthé ; elle peut acquérir une épaisseur assez considérable, au moins sur certains points, se calcifier même en d'autres. Elle est d'un blanc légèrement jaunâtre, très vasculaire à sa surface externe, et se compose de couches fibreuses stratifiées, lamelliformes.

La membrane mère ou cuticulaire située au-dessous de la précédente, est lamelleuse, anhiste, ressemblant à du blanc d'œuf cuit. Quand on la coupe, elle se recroqueville comme une membrane élastique.

La membrane germinale (Giraldès), *fertile* (Robin) est granuleuse, framboisée ; elle tapisse en dedans la membrane mère. Elle présente à sa surface une série, parfois des milliers de petites élevures qui ne sont que des vésicules prolifères ou formatrices des échinocoques.

La membrane germinale ne se développant pas, le kyste sera stérile ; ce sera un acéphalocyste.

Contenu. — Le kyste hydatique contient, en général, du liquide kystique et des vésicules filles.

Le liquide kystique, limpide comme de l'eau de roche, non albumineux, riche en chlorure de sodium, devient albumineux et louche par la mort des hydatides (Gubler) ;

la suppuration de ce liquide est assez fréquente (obs. personnelle : obs. IX.) La quantité du liquide varie de quelques grammes à plusieurs litres. Au microscope on y découvre des crochets.

Les vésicules filles, produites aux dépens de la membrane germinale, ont une structure identique à celle du kyste générateur. Elles sont tantôt rares, tantôt nombreuses ; on en trouve parfois des centaines ou des milliers. Elles peuvent même contenir une troisième ou quatrième génération d'hydatides.

Quand leur nombre est considérable, on les trouve aplaties, pressées les unes contre les autres, comme des harengs empilés, suivant le texte de Cruveilhier ; mais, par contre, on a vu des cas où l'hydatide était unique, solitaire.

Le volume des hydatides est très variable : on en trouve depuis la grosseur d'une tête d'épingle jusqu'à celle du poing.

Tels sont les principaux traits de l'anatomie pathologique des kystes hydatiques en général.

2° Parlons maintenant de *l'anatomie pathologique spéciale à notre sujet* et voyons quelles lésions déterminent les kystes hydatiques par leur évolution dans la région sacro-lombaire.

Ainsi que nous l'avons vu précédemment, les différentes couches de cette région peuvent être envahies.

Lorsqu'il s'agit d'un *kyste hydatique sous-cutané*, il se creuse une loge en écartant peu à peu le tissu cellulaire qui va se condenser en couches stratifiées, lamelliformes, autour du kyste.

Dans les cas de *kystes sous-aponévrotiques*, le même phénomène se reproduit : l'aponévrose est écartée du

plan musculaire sous-jacent. C'est donc entre l'aponévrose et le muscle que le kyste se développe. Il est péri-musculaire, mais c'est là un fait rare.

Bien plus souvent, en effet, c'est au sein des muscles que se rencontrent les kystes hydatiques de la région qui nous occupe, dans l'épaisseur même de la masse sacro-lombaire, et c'est précisément là une des causes de l'intérêt particulier qu'ils présentent : *ils sont le plus souvent intra-musculaires*.

L'embryon se fixe dans le tissu cellulaire interstitiel, et l'hydatide se développe en refoulant les fibres musculaires qu'on trouve fréquemment amincies et dissociées, ou bien rompues, ou encore adhérentes à la paroi du kyste, comme nous avons pu le constater chez la malade qui fait l'objet de notre observation personnelle : le kyste faisait absolument corps avec la masse sacro-lombaire.

Parfois même, on pourra observer autour du kyste une zone de sclérose et d'induration, ou encore une zone de dégénérescence graisseuse de la masse musculaire.

Lorsque le développement du kyste est considérable, l'aponévrose lombaire peut elle-même être éraillée et il peut y avoir irruption de la masse kystique dans le tissu cellulaire sous-cutané (obs. person.).

Nous n'insisterons pas longuement sur les lésions des *kystes profonds*, qui sont multiples, étant donnée la grande variété des organes dans lesquels ils peuvent se développer : muscle carré des lombes (obs. III) ; muscles extenseurs du rachis (obs. VI) ; corps des vertèbres (obs. X et XV) ; canal rachidien ou tissu de la moelle épinière (obs. XI) ; vertèbres et canal rachidien

(obs. XII, XIII, XIV, XVI, XVIII,) ; tissu cellulaire pré-vertébral (obs. XXV). Dans tous ces cas, il est facile de le concevoir, les organes voisins du kyste sont refoulés et déplacés ; on peut même trouver les os, ainsi que les surfaces articulaires du rachis et du bassin dénudés et nécrosés, le périoste érodé, les trous intervertébraux dilatés.

Ce que ces différentes variétés ont surtout d'intéressant, c'est leur connexion avec les organes viscéraux et la moelle épinière, dont la compression explique les phénomènes que nous verrons plus loin.

Tous ces kystes, quelle que soit, d'ailleurs, la couche dans laquelle ils siègent, en arrivent, à un certain moment de leur évolution, à comprimer les nerfs lombaires et à produire le symptôme fonctionnel principal de l'affection : la douleur.

ÉTIOLOGIE

L'étiologie des kystes hydatiques est encore obscure ; elle se résume dans l'ingestion des œufs du *tænia échinococcus* dont l'habitat ordinaire est l'intestin du chien. Par la promiscuité de l'homme et du chien, les œufs de ce *tænia* peuvent arriver jusque dans le tube digestif de l'homme, d'où l'embryon hexacanthé, devenu libre, va émigrer dans les organes.

Mais par quelle voie cette migration se fait-elle ?

Davaine (1) disait : « L'embryon s'accroche à la membrane muqueuse de l'intestin ; à l'aide de ses crochets, il se fraye un passage vers les organes parenchymateux ».

Plus loin (p. 388) il s'exprime comme suit : « L'embryon quitte l'intestin en le perforant et gagne les parties voisines, soit directement, soit par l'intermédiaire des vaisseaux sanguins ».

Davaine admettait donc les deux modes de propagation, par voie vasculaire et par migration à travers les tissus.

La plus vraisemblable de ces deux hypothèses est cependant celle qui admet la voie vasculaire. Ce qui plaide surtout en sa faveur, c'est ce fait que les kystes hydatiques du foie et du poumon sont beaucoup plus fréquents que ceux des autres organes : en effet, l'embryon de l'hexacanthé, arrivé dans le système porte,

(1) Loc. cit., p. 366.

après sa migration à travers la paroi intestinale, rencontre, avant de passer dans l'aorte, deux réseaux capillaires très vastes, celui du foie d'abord, celui du poumon ensuite; c'est donc de préférence là qu'il s'arrêtera.

Mais, une fois arrivé dans l'aorte, l'hexacanthé sera charrié surtout vers les tissus les plus riches en vaisseaux sanguins et ce sont, sans contredit, les muscles.

Telle est la cause première et directe de la présence des hydatides dans l'économie et de leur prédilection pour certains organes. Mais il est un autre facteur qui a, dans la production du kyste hydatique, une importance assez grande pour que nous croyions devoir y insister longuement : nous voulons parler du *traumatisme*, sur l'influence duquel un grand nombre d'auteurs déjà ont appelé l'attention, notamment, pour n'en citer que quelques-uns, Cruveilhier (1) et Davaine (2), et plus récemment, MM. Tillaux, Boncour (3), Danlos (4) Marguet (5), etc.

Les premiers de ces auteurs avaient été frappés de la fréquence d'un traumatisme primitif dans l'évolution du kyste hydatique, mais sans bien se rendre compte de la façon dont il agissait et sans d'ailleurs lui attribuer une grande influence.

M. le prof. Tillaux, le premier, dans diverses communications, restitua au traumatisme toute son impor-

(1) Cruveilhier. Loc. cit.

(2) Davaine. Loc. cit.

(3) P. Boncour. Th. de Paris, 1878.

(4) Danlos. Th. de Paris, 1879.

(5) Marguet. Loc. cit.

tance comme cause occasionnelle de l'affection qui nous occupe.

Boncour, Danlos, Marguët et d'autres en ont depuis étudié le mécanisme, et la pathogénie du kyste hydatique peut, à juste titre, être aujourd'hui considérée comme à peu près élucidée.

Tous ces auteurs rapportent de nombreuses observations à l'appui de leur théorie, ainsi formulée par Danlos : « Rien n'est plus fréquent, quand on étudie le mode de développement des kystes hydatiques, que de trouver, quand on le cherche, un traumatisme violent comme point de départ de l'affection, et j'ajoute : le kyste naît toujours au point percuté. »

Notre observation personnelle est encore un bel exemple de kyste hydatique développé au point où avait porté une violente contusion. Les faits de ce genre sont trop nombreux et trop frappants pour qu'on ne soit pas autorisé à y voir une relation fréquente de cause à effet (obs. VII, XV et XXII).

Tous les auteurs aujourd'hui admettent, d'ailleurs, parfaitement l'influence du traumatisme sur la production du kyste hydatique. Mais, où ils cessent d'être d'accord, c'est lorsqu'il s'agit d'expliquer comment agit le traumatisme.

Les hypothèses sur ce point sont nombreuses. Pour nous, nous nous contenterons de citer les plus récentes, qui sont également les plus vraisemblables.

Voici celle de Boncour : « Supposons qu'un traumatisme ait produit un épanchement sanguin : les embryons du ténia, entraînés par le torrent circulatoire, peuvent parfaitement, en même temps que les globules sanguins, sortir du vaisseau qui les contient et s'épan-

cher au niveau du point contus; et l'épanchement est remplacé plus tard par un kyste hydatique. Même mécanisme lorsque le traumatisme produit une fracture.

« Mais, s'il s'agit d'un mouvement fluxionnaire succédant à un traumatisme, il y a un afflux plus considérable de sang, la circulation sanguine devient plus active à ce niveau, et alors il est bien certain que nous avons plus de chance de voir l'embryon s'y arrêter. »

Danlos admet que le traumatisme produit une hypérémie, une stase sanguine dans les tissus, condition éminemment favorable au passage de l'hexacante à travers les parois des vaisseaux.

Marguet (1) dans sa thèse, arrive aux conclusions suivantes, en ce qui concerne le traumatisme dans l'étiologie des kystes hydatiques : « L'influence du traumatisme sur l'évolution des kystes hydatiques paraît indéniable dans un certain nombre de cas; mais c'est aller bien au-delà de la vérité que de lui attribuer un rôle exclusif dans la production de ces tumeurs.

L'intervention du traumatisme, ajoute-t-il, peut agir de deux manières différentes sur l'évolution du kyste hydatique : soit en déterminant la fixation de l'embryon hexacante et l'éclosion du kyste, soit en imprimant au kyste préexistant, ignoré ou connu, une impulsion nouvelle et rapide dans son développement. »

Les trois auteurs que nous venons de citer en arrivent donc à des conclusions identiques qui sont également les nôtres, celles résultant de nos observations, et que nous formulerons et résumerons ainsi : Influence cer-

(1) Marguet. Th. de Paris, 1888.

taine, fréquente mais non constante, du traumatisme sur la production des kystes hydatiques et leur localisation, leur fixation au point frappé.

Et pour ce qui concerne la pathogénie de l'affection, il y aurait, soit épanchement d'embryons de *tænia* dans les tissus à la suite de la rupture des vaisseaux contus, soit appel des embryons au point frappé par le fait de la poussée congestive résultant du traumatisme, et plus tard fixation de ces embryons par la stase sanguine consécutive.

SYMPTOMATOLOGIE

Le début des kystes hydatiques de la région sacro-lombaire est comme celui des kystes hydatiques en général, difficile à préciser, à moins qu'on ne se trouve en présence d'un kyste post-traumatique, tel que notre observation personnelle en fournit un exemple très frappant.

Les symptômes qui accompagnent ce début sont différents, suivant le siège de la tumeur. Aussi, pouvons-nous dire, d'une façon générale, qu'au point de vue symptomatique, il existe deux catégories de kystes hydatiques : ceux qui se développent vers la superficie de la région et ceux qui, évoluant vers sa profondeur, envahissent le canal rachidien et peuvent même y prendre naissance.

On pourrait donc diviser l'étude des symptômes de l'affection qui nous occupe en deux parties, correspondant aux deux catégories de kystes que nous venons d'indiquer. Mais, qu'il nous soit permis de ne parler que très succinctement des derniers, pour nous étendre surtout sur ceux de la première catégorie, c'est-à-dire sur les kystes hydatiques plus ou moins superficiels et, par conséquent, plus accessibles à nos investigations cliniques.

Les symptômes que nous aurons à envisager successivement sont de deux ordres :

- 1° *Symptômes subjectifs* ;
- 2° *Symptômes objectifs*.

SYMPTOMES SUBJECTIFS.

Dans la plupart des cas, l'apparition de la tumeur s'accompagne de phénomènes douloureux; exceptionnellement, il y a absence complète de la douleur. Du reste, ce phénomène fonctionnel présente de nombreuses modalités cliniques; on n'a qu'à parcourir nos observations pour s'assurer de son extrême variabilité.

Tantôt les malades ne se plaignent que d'une simple gêne au niveau du kyste, gêne qui s'accroît pendant la marche, d'un sentiment de pesanteur, qui, plus tard, peut résulter du volume même de la tumeur; tantôt le kyste, indolent habituellement, devient douloureux dans les mouvements de flexion et d'extension du tronc; tantôt enfin, le moindre contact suffit pour réveiller une vive douleur et la simple pression de la ceinture des vêtements sur la tumeur peut devenir la cause de souffrances intolérables. Nous n'insisterons pas davantage sur ces modalités diverses de la douleur, aussi nombreuses que les malades eux-mêmes; un simple coup d'œil sur les observations en dira plus que toutes les descriptions. Voilà pour la douleur locale.

Mais, par suite du développement ultérieur du kyste, les organes profonds ne tardent pas eux-mêmes à être comprimés; le plexus lombaire et les nerfs sacrés deviennent le siège de désordres mécaniques, et nous voyons apparaître les fourmillements, les crampes et les douleurs vives que nos malades accusent dans les membres inférieurs.

La douleur est le seul signe rationnel de l'affection.

SYMPTOMES OBJECTIFS.

Nous étudierons ici successivement :

1° Le frémissement hydatique ;

2° La fluctuation ;

3° Le volume de la tumeur ;

4° Sa consistance ;

5° L'examen du liquide kystique extrait par ponction aspiratrice ;

6° Enfin, dans un dernier paragraphe, nous traiterons des complications.

Frémissement hydatique. — On désigne sous ce nom cette sensation particulière de vibration qu'éprouve la main de l'explorateur, quand il percute le kyste hydatique.

Ce signe a été longtemps contesté, d'abord, parce qu'il est exceptionnel, ensuite, parce qu'on ne sait pas toujours le rechercher convenablement. Dans nos observations, nous le retrouvons deux fois (obs. IV et XIX) sur vingt-quatre cas.

Son importance est grande, car c'est le seul signe pathognomonique du kyste hydatique. Lorsqu'on le trouve, le diagnostic peut être posé de façon certaine ; il s'impose.

Comment donc doit-on le rechercher ?

Briançon (1), qui insista le premier sur sa valeur clinique, s'exprime ainsi : « Lorsqu'on applique une main sur un kyste hydatique contenant des acéphalo-

(1) Briançon, th. de Paris, 1828.

cystes, de manière à l'embrasser le plus complètement possible, en exerçant une pression légère, et qu'avec la main opposée on donne un coup sec et rapide sur cette tumeur, on sent un frémissement analogue à celui que ferait éprouver un corps en vibration; c'est le frémissement hydatique. Si l'on réunit l'auscultation à la percussion, on entend des vibrations plus ou moins graves, semblables à celles que produit une corde de basse ».

Davaine indique un procédé un peu différent pour provoquer ce frémissement : « Appliquer, dit-il, avec une certaine pression, sur la partie la plus saillante de la tumeur, trois doigts écartés, et donner sur celui du milieu un coup sec et rapide; les deux autres doigts perçoivent le frémissement d'une manière très nette. Ce frémissement a beaucoup d'analogie avec celui que donne un siège élastique qu'on frappe avec la main ».

M. le professeur Tillaux conseille de percuter avec un doigt comme pour rechercher la matité : « Il faut frapper, dit-il, un coup sec sur le doigt laissé en quelque sorte inerte à la surface de la tumeur (1) ».

M. Duguet a agi de cette manière dans l'observation XIX et il était surpris de sentir sous le doigt percuté une série de vibrations rapidement adoucies et de très courte durée, rappelant celles que produit la vibration d'un siège à ressorts. Le malade avait lui-même la sensation de cette trémulation.

Dans le cas de Nélaton, cité par M. Després dans sa thèse (1) (obs. IV), c'est également la percussion qui révéla le frémissement hydatique.

(1) Tillaux, Chir, clin., 1889, p. 107.

(2) Després, th. d'agrégation, 1866, p. 120.

Fluctuation. — La fluctuation est un excellent signe diagnostique du kyste hydatique. Bien qu'elle ne suffise pas, à elle seule, à le différencier d'une collection liquide quelconque, on peut, dès qu'on la perçoit, éliminer d'emblée toutes les tumeurs solides.

Facile dans les cas de tumeur superficielle et volumineuse, la recherche de la fluctuation devient souvent délicate, même impossible, quand le kyste siège dans la profondeur des tissus et que son volume est peu considérable, et enfin, quand ses parois ont subi la dégénérescence calcaire, cartilagineuse ou même osseuse.

Nous voyons, dans nos observations, que ce signe important a presque toujours été noté et que, malgré cela, le diagnostic de kyste hydatique n'a pu toujours être porté d'emblée.

Lorsque la *tumeur kystique est sous-cutanée*, la fluctuation est très nette. (Obs. personnelle et autres.)

Lorsque le *kyste est sous-aponévrotique ou musculaire*, sans effraction de l'aponévrose lombaire, elle est plus obscure que précédemment, et encore ne se perçoit-elle que pendant le relâchement musculaire. Si, au contraire, les muscles de la région sont en extension forcée, la fluctuation disparaît et la palpation donne la sensation d'une masse ferme et résistante. (Obs. XIX.)

Dans les cas de *kystes profonds*, la fluctuation devra être recherchée avec plus de soin encore; sachons, du reste, qu'elle peut varier et se modifier beaucoup suivant le siège du kyste et suivant l'état des muscles.

Volume. — Le volume de la tumeur kystique est très variable. Quand le malade se présente à notre observation, c'est, en général, que déjà sa tumeur a atteint une grosseur gênante ou inquiétante, surtout si l'évolution

antérieure du kyste a été indolente et si la santé générale est conservée. Mais, en interrogeant le patient, on apprend habituellement, surtout si sa tumeur a attiré de bonne heure son attention, que son volume a augmenté lentement et progressivement.

Dans notre observation personnelle, le malade s'aperçut de sa tumeur quand celle-ci avait la grosseur d'une noix : le jour de l'opération, nous nous trouvions en présence d'un kyste du volume d'une grosse tête d'adulte. Dans nombre d'autres observations, nous remarquons cette évolution progressive. (Obs. V, XIX, XX, XXI, XXII.)

Le volume du kyste hydatique peut être plus considérable encore, puisque, pour prendre un exemple seulement parmi nos observations (obs. XIX), la tumeur a pu s'étendre depuis la neuvième côte jusqu'au-dessous de la crête iliaque.

D'autres fois le volume de la tumeur peut rester stationnaire pendant un temps fort long, puis, sous l'influence d'une cause indéterminée, d'une fatigue, d'un effort, d'un traumatisme, de la ménopause (obs. personnelle), on le voit tout à coup augmenter très rapidement.

Consistance. — Les kystes hydatiques offrent une consistance ordinairement dure, caractère que M. Lannelongue attribue à la surdistension de la poche.

Dans les observations I, IV, XIX, XXI, la tumeur était dure, tendue, résistante. Dans l'observation XVII la consistance était élastique. Dans l'observation XX on avait la sensation d'une poche remplie d'eau. Dans l'observation V la palpation donnait une consistance lipomateuse.

Dans l'observation XI, où il s'agit d'un kyste profond, ayant érodé les vertèbres, Cruveilhier découvre, au niveau des 12^e vertèbre dorsale et 1^{re} lombaire, un point mou, dépressible, faisant éprouver au doigt la sensation d'une espèce de vide limité par un rebord osseux. Cruveilhier crut à un vestige de spina-bifida incomplètement guéri ; il lui semblait sentir une petite impulsion au moment des efforts de toux.

Cette consistance habituellement dure ou élastique des tumeurs hydatiques est assez souvent la cause de grandes difficultés dans la recherche de la fluctuation ; elle est parfois même un obstacle complet à sa production et c'est là ce qui explique pourquoi si fréquemment un kyste hydatique indolent a pu être pris pour un lipome. Nous ne saurions donc trop mettre en garde contre une semblable erreur.

Ponction exploratrice. — En l'absence du signe pathognomonique des kystes hydatiques, nous voulons parler du frémissement, tous les autres symptômes réunis ne sauraient parfois suffire pour nous permettre d'établir un diagnostic certain, s'il ne nous restait un dernier moyen, à savoir, l'examen du liquide retiré de la tumeur par ponction aspiratrice.

C'est donc à ce moyen qu'il nous faudra recourir dans un grand nombre de cas, si nous voulons arriver à une certitude absolue sur la nature de l'affection.

La ponction exploratrice pourra se faire le plus souvent à l'aide de la seringue de Pravaz. Nous jugeons inutile de recommander l'asepsie la plus rigoureuse, si l'on ne veut pas s'exposer à porter l'infection dans un milieu qui constitue pour les germes de suppuration, un excellent bouillon de culture, et si l'on veut éviter

ainsi des dangers à son malade et à soi-même de gros ennuis.

Si le liquide extrait de la tumeur a les caractères du liquide kystique, s'il est limpide, transparent comme de l'eau de roche, s'il ne se coagule ni pas la chaleur, ni par les acides, s'il laisse déposer des cristaux de chlorure de sodium, si, enfin, il contient des crochets, nous nous trouvons sûrement en présence d'un kyste hydatique.

Cependant, dans quelques cas de suppuration spontanée ou secondaire du kyste, on retirera du pus, et le diagnostic sera alors plus difficile.

Parfois aussi la ponction est blanche; rien ne sort de la tumeur dans laquelle l'aiguille est cependant tout à fait libre et exécute des mouvements assez étendus, ce qui prouve qu'on se trouve bien dans une cavité. Ce phénomène se produit dans deux circonstances : ou bien quand le liquide kystique manque ; ou bien, ce qui est le cas le plus fréquent, quand la lumière de l'aiguille se trouve oblitérée par des débris de membranes hydatiques, qu'on retire en même temps qu'elle, et qui aident d'ailleurs au diagnostic.

Pour les kystes situés dans la région sacro-lombaire trop profondément pour y être atteints par l'aiguille de la seringue de Pravaz, trop courte pour cela, on pourra se servir avec avantage de l'aspirateur de Dieulafoy.

La plupart de nos observations remontent à une époque où la ponction exploratrice n'était pas sans danger, faute d'asepsie ; aussi ne la trouvons-nous mentionnée que dans les plus récentes.

Mais aujourd'hui, grâce à l'avènement de la méthode

antiseptique, elle est appelée à nous rendre les plus grands services. Seule, en effet, elle nous permettra d'établir définitivement le diagnostic dans les cas douteux qui sont si fréquents.

Complications. — Les complications des kystes hydatiques sont les unes intrinsèques, les autres extrinsèques : c'est-à-dire que les premières appartiennent au kyste lui-même, alors que les secondes se manifestent en dehors de lui, dans les tissus environnants.

Comme *complication intrinsèque* nous n'avons à considérer que la suppuration. Celle-ci est tantôt spontanée, c'est-à-dire survenue sans cause apparente ou appréciable, tantôt secondaire ou consécutive soit à un coup, soit à une ponction septique.

La suppuration spontanée a été notée dans notre observation personnelle, ainsi que dans l'observation XX.

Quant aux *complications extrinsèques*, elles sont ou d'ordre inflammatoire, ou d'ordre mécanique.

Elles sont d'ordre inflammatoire, lorsque, par continuité de tissus, un processus inflammatoire intra-kystique franchit la paroi propre du kyste et envahit les tissus ambiants. Mais il peut y avoir aussi péri-kystite primitive et indépendante, comme cela arrive pour nombre d'autres tumeurs. Ainsi, dans notre observation personnelle, nous ne savons au juste à quoi nous en tenir au sujet de la péri-kystite indéniable qui existait ; nous inclinons cependant à la rattacher à la suppuration intrakystique.

Les complications d'ordre mécanique, elles, tiennent exclusivement au volume et au siège de la tumeur. Elles sont le plus souvent le résultat de phénomènes de compression des nerfs de la région sacro-lombaire,

provoquant des douleurs vives, parfois atroces, mais fréquemment transitoires, ainsi que le démontre la majorité des observations citées. Dans notre observation personnelle, la malade éprouvait, au niveau de la tumeur, des douleurs assez vives à l'occasion de certains mouvements, et la région postéro-externe de la cuisse correspondante, jusqu'au genou, était le siège d'un engourdissement persistant, qui, parfois, dans les mouvements d'extension de la jambe, se propageait jusqu'à la plante du pied.

Mais là ne se bornent pas les complications d'ordre mécanique ; il peut y avoir refoulement et déplacement des organes : compression du foie et du rein (obs. VI) ; dépression et déplacement du rein gauche, du diaphragme et des faisceaux musculaires voisins (obs. X.) ; déplacement du rein, refoulement du psoas et du plexus lombaire (obs. XIV) ; etc.

On a noté aussi la compression de la veine cave inférieure, avec œdème des jambes. (Obs. XX.)

Enfin, l'aorte elle-même a pu être comprimée et donner lieu à des symptômes brusques d'oblitération artérielle, avec gangrène des deux jambes et même des cuisses, faisant croire à une embolie. (Obs. XXV.)

De plus, on a constaté des modifications fréquentes du squelette : nécrose des surfaces articulaires de l'articulation sacro-iliaque et de la 3^e vertèbre lombaire (obs. VI et XV) ; érosion du périoste des vertèbres lombaires, dilatation des trous intervertébraux et pénétration des hydatides dans le canal rachidien. (Obs. XI, XII, XIII, XIV, XVI, XVIII.)

Enfin, comme conséquence de l'irruption des hydatides dans le canal rachidien ou de leur formation pri-

mitive dans ce canal, on observe toute une série de lésions très intéressantes : compression et irritation des méninges ; aplatissement et irritation chronique de la moelle, etc., toutes lésions de compression qui s'établissent en général lentement et progressivement, qui n'ont rien de spécial aux kystes hydatiques, et sont celles de la myélite diffuse transverse.

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic des kystes hydatiques de la région sacro-lombaire est, avons-nous dit, souvent difficile, parfois même impossible.

Toutes les fois qu'on se trouve en présence d'une tumeur de la région lombaire, il convient de déterminer les trois points suivants:

1° Son siège anatomique;

2° Sa nature solide ou liquide;

3° Enfin, faire le diagnostic différentiel du kyste hydatique avec les autres tumeurs liquides ou molles de la région,

Siège de la tumeur. — Lorsqu'il s'agit d'une tumeur sous-cutanée, il est facile d'en reconnaître le siège, grâce à sa mobilité dans tous les sens, que le malade contracte ou relâche les muscles de la région.

Mais, en présence d'une tumeur sous-aponévrotique, le diagnostic du siège est plus difficile, puisque la tumeur peut être sous-aponévrotique proprement dite, musculaire ou profonde.

Lorsqu'elle est *sous-aponévrotique pure*, c'est-à-dire péri-musculaire, elle présente toujours un certain degré de mobilité dans tous les sens, mais les mouvements sont moins étendus et moins faciles, car la tumeur est bridée par l'aponévrose. Ces cas sont, d'ailleurs, ainsi que nous l'avons vu, très rares.

Lorsque la tumeur est musculaire, elle peut être in-

cluse dans la masse sacro-lombaire soit en totalité, soit en partie seulement.

Dans le premier cas, c'est-à-dire lorsqu'elle est intramusculaire, ce n'est qu'au moment du relâchement des muscles qu'on pourra la mobiliser, et encore dans un sens seulement, à savoir dans une direction perpendiculaire à celle de la masse sacro-lombaire. Au moment de la contraction musculaire, elle sera, au contraire, complètement fixée.

Dans le second cas, c'est-à-dire lorsque la tumeur s'est développée dans l'épaisseur de la masse sacro-lombaire, mais que, par son développement progressif, elle a fini par évoluer hors d'elle, sous l'aponévrose lombaire, il y aura encore, au moment de la contraction musculaire, un certain degré de fixité de la tumeur, mais toujours, dans ce cas, la portion extra-musculaire conservera une légère mobilité dans les différentes directions.

Dans les cas de *tumeurs profondes* le diagnostic précis du siège sera plus difficile ; il sera parfois même impossible. Et, de même que nous verrons plus loin que ce n'est fréquemment qu'au moment de l'opération ou de l'autopsie que la nature du kyste hydatique profond a pu être sûrement diagnostiquée, de même en sera-t-il pour le diagnostic précis de son siège.

Nous avons vu, d'autre part, que le kyste hydatique était le plus souvent musculaire dans la région qui nous occupe ; c'est donc à lui tout d'abord qu'il faudra songer en présence de toute tumeur siégeant dans l'épaisseur même de la masse sacro-lombaire.

Tumeur solide ou liquide ? — Avant l'ère de l'asepsie, on s'appliquait, et avec raison, à faire le diagnostic de

tumeur solide ou liquide, sans avoir recours à la ponction exploratrice. Aujourd'hui, dans un cas difficile, nul praticien, imbu des doctrines modernes, ne se refusera à trancher la question par une simple piqûre d'aiguille, inoffensive d'ailleurs pour son malade, et cela d'autant plus que la ponction exploratrice aura pour lui un avantage bien plus précieux encore : celui de le renseigner exactement sur la nature même de l'affection. Mais il ne devra néanmoins dédaigner aucun des autres moyens cliniques en son pouvoir ; il devra notamment tenir grand compte de la consistance de la tumeur et, par dessus tout, rechercher avec soin la fluctuation qui, lorsqu'elle existe, lui permet d'éliminer du coup toutes les tumeurs solides quelles qu'elles soient.

Ce diagnostic différentiel de tumeur solide ou liquide ne saurait, d'ailleurs, nous arrêter plus longtemps pour deux raisons : la première, parce que, dans toutes nos observations, nous n'en trouvons qu'une seule où l'hésitation sur ce point fût permise ; la seconde, parce que les cancers, sarcomes et autres tumeurs solides sont tout à fait exceptionnels dans la région qui nous occupe.

Diagnostic différentiel. — Notons de suite un fait capital, qui est établi par la statistique, à savoir que, dans les cas de tumeurs sacro-lombaires, il faudra toujours penser au kyste hydatique.

Voici le texte de Marguet (1) à ce sujet : « Il est des régions, comme nous l'avons établi antérieurement, qui constituent pour le kyste hydatique un siège de prédilection. Il est bien entendu que nous ne parlerons pas

(1) Marguet. Loc. cit.

des kystes hydatiques primitifs du tissu cellulaire ; mais, chose curieuse, dans certaines régions les kystes dits du tissu cellulaire et ceux des muscles présentent une égale fréquence. Le kyste hydatique semble avoir aussi des régions de prédilection sans distinction de tissu. Il est vrai, ainsi qu'il résulte d'une étude approfondie de nos observations, que souvent les prétendus kystes du tissu cellulaire ne sont en réalité que des kystes énucléés ou non du tissu musculaire et que, dans beaucoup de cas, il y a eu erreur d'interprétation. Nous inclinons même à penser, ainsi que nous l'avons déjà dit, que, dans la grande majorité des cas, les kystes du tissu conjonctif ne sont que des kystes musculaires et que le kyste hydatique habite le dernier tissu de préférence au premier, ainsi que le montre, d'ailleurs, la statistique. Rappelons toutefois que ces kystes énucléés sont toujours sous-aponévrotiques. Quoi qu'il en soit, il est des régions dans lesquelles on doit toujours avoir présente à l'esprit la possibilité du kyste hydatique, et en admettre l'existence, si la tumeur présente les caractères de ce dernier. La région lombaire est, sous ce rapport, celle où le kyste semble avoir son siège de prédilection. »

Passons maintenant en revue les diverses tumeurs, liquides ou molles, de la région sacro-lombaire qui peuvent faire, avec le kyste hydatique, l'objet d'une confusion.

En première ligne, nous trouvons l'abcès froid, idiopathique ou symptomatique, et le lipome. Nos observations nous montrent, en effet, que les praticiens, en présence des kystes hydatiques de la région sacro-lombaire, s'arrêtaient, de préférence, à l'un des diagnos-

tics suivants : abcès froid (obs. personnelle) ; abcès ossifluent (obs. II, VIII, XII, XIII et XXII) : lipome (obs. V et XIX. Dans l'observation VII seule on croyait à une tumeur solide.

L'abcès froid vient donc en première ligne. Il constitue, comme le kyste hydatique, une tumeur enkystée fluctuante, indolente à la pression, parfaitement circonscrite, à marche lente et progressive, mais dont la consistance est molle, alors que celle du kyste hydatique est habituellement dure ; en outre, dans le kyste, la peau reste constamment normale, alors que, dans l'abcès froid, elle est sèche, amincie et fréquemment un peu enflammée à la période ultime de la maladie.

De plus, quand l'abcès froid est *idiopathique*, il a toujours débuté par une tumeur solide, subissant un ramollissement ultérieur, et, à cette phase de l'affection, il existe encore parfois un caractère clinique qui permet de la distinguer, c'est le bourrelet d'induration circonférentielle ; mais lorsque ce bourrelet manque, la ponction exploratrice saurait seule nous renseigner.

Quelques auteurs ont invoqué comme symptôme caractéristique de l'abcès froid idiopathique les douleurs dont il serait le siège pendant sa période de formation ; on n'aura qu'à parcourir nos observations, pour s'assurer de l'existence de douleurs fréquentes aussi dans la période de formation du kyste.

Enfin, la santé générale des sujets atteints d'abcès froids est souvent profondément altérée, ce qui est l'exception chez les malades porteurs de kystes hydatiques.

Pour l'abcès froid *symptomatique*, à défaut de ses signes propres, on aura toujours soin de rechercher attentivement une lésion osseuse, soit sur les vertèbres

de la région lombaire, soit sur les os ou les articulations du bassin (*abcès ossifluents*), soit plus haut sur les parties supérieures du rachis (*abcès par congestion*).

Voyons maintenant *le lipome*. Ce genre de tumeur prête souvent à la confusion, puisque, comme le kyste hydatique, il présente, quant à son siège, une prédilection marquée pour la région sacro-lombaire. De plus le lipome se rapproche beaucoup du kyste par son évolution lente et progressive, indolente, ne retentissant nullement sur l'organisme et par l'état normal de la peau à son niveau.

Cependant différents caractères l'en distinguent ; d'abord le lipome est une tumeur lobulée, ce qui est rare pour le kyste ; il se développe, en général, dans le tissu cellulaire sous-cutané ; il est mou, pâteux, dépressible, tandis que le kyste est le plus souvent arrondi, tendu et élastique. Mais le lipome offre parfois une mollesse telle qu'on le dirait fluctuant ; c'est ce qu'on a appelé la fausse fluctuation, et, dans ce cas, le diagnostic est presque impossible.

En somme, la lobulation du lipome est le caractère qui nous guidera le plus sûrement dans notre diagnostic, et, à défaut de ce signe, une ponction avec la seringue de Pravaz trancherait seule la question.

Nous nous sommes réservé de traiter aussi d'un diagnostic qui n'a été posé dans aucun des cas de kystes sacro-lombaires que nous relatons, mais qui n'en est pas moins intéressant, en raison de la confusion dont l'affection qu'il concerne pourrait faire l'objet avec un kyste hydatique profond : nous voulons parler du diagnostic différentiel du *phlegmon périnéphrétique*.

En effet, le malade atteint de phlegmon périnéphré-

tique présente de la tuméfaction lombaire, accompagnée de douleurs de reins fort vives et bientôt on perçoit de la fluctuation au palper bimanuel, tous symptômes que nous avons décrits dans l'étude des kystes hydatiques de la région. Mais dans le phlegmon périnéphrétique, il est un signe important qui fait, au contraire, presque toujours défaut dans le kyste, s'il n'est pas suppuré : c'est la fièvre.

Mais que survienne la suppuration de notre tumeur et le diagnostic deviendra plus difficile. Il devra, dans ce cas, s'appuyer surtout sur la marche des deux affections qui est heureusement différente : lent et insidieux, dans le kyste, le début est, en effet, brusque et bruyant pour le phlegmon périnéphrétique ; de plus, la marche de cette dernière affection est aussi rapide que celle du kyste est lente et progressive.

Nous devons signaler ce diagnostic, puisqu'il est susceptible de se poser ; mais nous n'y insisterons pas davantage parce que, d'une part, il ne nous paraît pas offrir de trop grandes difficultés, et que, d'autre part, on n'aura à le résoudre que dans les cas les moins fréquents de kystes hydatiques sacro-lombaires, c'est-à-dire dans les cas de kystes profonds et suppurés. Le kyste superficiel ne peut être, lui, l'objet d'aucune confusion possible avec le phlegmon périnéphrétique.

Jusqu'ici nous n'avons parlé que des kystes accessibles à nos investigations cliniques et nous avons passé sous silence ceux des kystes profonds qui ne font nulle saillie à la région sacro-lombaire et se sont développés, soit dans le canal rachidien primitivement, soit dans ses environs et l'ont envahi secondairement. Certes, le diagnostic de cette variété de kystes est hérissé des

plus grandes difficultés ; mais il serait téméraire de vouloir entreprendre de l'élucider avec les seules données que nous possédons. Ainsi qu'on le verra par nos observations, ce n'est malheureusement le plus souvent que sur la table de l'amphithéâtre qu'on trouve le corps du délit dans la majorité de ces cas. (Obs. X, XI, XII, XIII, XVI, XV et XVI.)

PRONOSTIC

Le pronostic des kystes hydatiques de la région sacro-lombaire est très variable, suivant la place qu'ils occupent.

D'une façon générale, nous pouvons dire que le kyste hydatique sous-cutané ne présente aucune gravité.

Mais si, au contraire, il siège sous l'aponévrose, au milieu des muscles de la région, on comprend facilement que, par sa présence au sein d'organes affectés au mouvement, il vienne troubler fortement ceux-ci dans leur fonction, et ces troubles seront d'autant plus accusés que le kyste sera plus volumineux. Il peut même amener la destruction des fibres du muscle et enfin, par son volume croissant, en arriver à comprimer les nerfs de la région et provoquer de vives douleurs.

Mais, ce qui donne une gravité plus grande au pronostic, c'est, sans contredit, l'inflammation phlegmoneuse du kyste, pouvant survenir sous l'influence d'une ponction exploratrice, de palpations trop souvent répétées, de fatigues, d'un traumatisme. Ce n'est pas, en effet, sans amener des troubles généraux sérieux que la suppuration se développera dans une tumeur d'un certain volume, située au milieu des muscles de la région.

L'inflammation peut, de plus, gagner les parties voisines et donner naissance à un phlegmon diffus.

Quant aux kystes hydatiques profonds, développés au sein du canal médullaire ou dans son voisinage, et l'ayant envahi ultérieurement, nous voyons par nos observations qu'ils ont toujours été mortels.

TRAITEMENT

On n'aura plus recours aujourd'hui, dans la cure des kystes hydatiques, aux divers agents médicamenteux auxquels on attribuait autrefois la propriété de détruire les hydatides, tels que l'iodure de potassium et beaucoup d'autres, pas plus qu'à la ponction simple du kyste, bien que celle-ci puisse parfois amener la guérison (obs. XXIV). On ne fera pas davantage de ponction avec injections de teinture d'iode, de bile, d'alcool, etc.

M. Debove a récemment obtenu de bons résultats de la ponction, suivie d'injections d'une solution de sublimé. On pourra donc recourir à ce procédé toutes les fois qu'on ne devra pas opérer.

Mais, le traitement le plus généralement admis aujourd'hui, surtout dans le cas qui nous occupe de kystes hydatiques externes, c'est l'opération.

L'incision, avec évacuation de la poche kystique, puis drainage et lavages antiseptiques consécutifs, a été suivie d'assez nombreux succès. (Obs. III, IV, XIV, XXIII.)

Mais le procédé le plus employé, depuis l'avènement de l'asepsie, est l'éradication totale du kyste. C'est aussi celui qui donne les meilleurs résultats. (Obs. person. II, V, VII, VIII, XX, XXI, XXII.) C'est donc surtout à lui qu'on devra s'adresser.

Lorsqu'on n'arrive pas à enlever complètement la poche par dissection, on fait, à la curette tranchante, le raclage de tout ce qui peut en rester.

Puis, on lave la cavité largement avec une solution antiseptique, on suture la plaie et l'on met un drain. Par-dessus, on applique un pansement compressif et l'on entoure, d'ailleurs, la plaie de tous les soins antiseptiques qu'on apporte d'ordinaire aujourd'hui aux plaies quelles qu'elles soient.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (personnelle).

Kyste hydatique de la région lombaire droite à la suite d'un traumatisme violent. — Suppuration du kyste. — Opération et guérison.

Mme B..., 51 ans, ménopause à 47 ans.

Antécédents héréditaires : père mort de vieillesse. Mère morte à 42 ans, toussant beaucoup. Un frère mort tuberculeux à 23 ans.

Antécédents personnels : bonne santé antérieure. Tempérament lymphatique et nerveux.

Accident il y a vingt et un ans, en 1869. La malade longait le bord d'un trottoir, à l'angle de deux rues, lorsqu'une voiture, lancée à toute vitesse, tourna brusquement. Une des roues de derrière monta sur le trottoir et le fer de la roue atteignit la cuisse gauche de la malade, qui fit un mouvement de recul et tomba à la renverse, les reins sur le bord de la devanture voisine.

Le coup fut violent et la blessée, dans l'impossibilité de se relever, dut être transportée en voiture à son domicile.

La cuisse gauche fut aussi le siège d'une contusion avec ecchymose étendue, mais peu douloureuse, et qui disparut en quelques jours.

Mais il n'en fut pas de même du côté des lombes.

Cette région, bien que ne portant aucune trace de contusion, devint le siège d'une douleur assez vive à environ 3 centimètres à droite de la colonne vertébrale, au niveau et un peu au-dessus de l'articulation du sacrum avec la dernière vertèbre lombaire. Cette douleur s'irradiait dans le membre inférieur correspondant. Celui-ci était, en outre, d'une

grande faiblesse et la malade dans l'impossibilité de marcher sans canne. Cet état dura environ trois semaines, pendant lesquelles les fonctions du membre revinrent peu à peu, mais pendant longtemps encore une douleur, variable suivant le temps, dit la malade, persista dans la région lombaire et surtout dans la cuisse.

Néanmoins tout était rentré dans l'ordre, lorsque, environ deux ans plus tard, la malade en s'habillant un matin sentit, dans le point des lombes qui avait été antérieurement le siège du coup, une petite grosseur lui rouler sous les doigts.

Cette tumeur ovalaire, de la grosseur d'une noix, était absolument indolente au toucher. Elle était indépendante de la peau qui n'avait subi, à son niveau, aucune modification. Elle n'adhérait pas davantage aux parties sous-jacentes, car la malade affirmait qu'elle pouvait la saisir tout entière entre ses doigts. Quant à la consistance, elle la compare à une boule de chair. Elle devenait cependant parfois un peu plus dure.

Cette tumeur, après avoir quelque peu augmenté de volume, parut diminuer, puis elle resta stationnaire pendant plusieurs mois, à la suite desquels elle se remit à grossir pour atteindre, en 1872, le volume et la forme d'un œuf.

A cette époque, la malade gênée, surtout lorsqu'elle voulait dormir couchée sur le dos, fait appeler un médecin. Celui-ci ne fait aucun diagnostic et conseille des vésicatoires. Aucune modification n'étant apportée dans son état, la malade abandonna alors tout traitement.

A dater de ce moment, la tumeur reste à peu près stationnaire pendant environ dix ans.

La malade était seulement gênée à l'occasion de certains mouvements, surtout lorsqu'il s'agissait de se baisser puis de se relever. La tumeur devenait alors le siège de douleurs assez vives; elle y éprouvait comme des coups d'aiguilles.

Deux ou trois fois aussi elle ressentit, en se baissant, une douleur plus intense qu'elle compare au déplacement d'un nerf, à un coup de fouet.

En outre, la région postéro-externe de la cuisse correspondante, jusqu'au genou, est le siège d'un engourdissement persistant qui, parfois, à l'occasion des mouvements d'extension de la jambe, se propage jusqu'à la plante du pied, qui devient alors, dit la malade, le siège d'une crampe.

Malgré cela, pendant toute cette période, l'état général se conserve bon. La malade n'a jamais de fièvre; elle ne perd ni ses forces, ni l'appétit.

C'est vers la fin de cette période, à 47 ans, que la malade arrive à son retour d'âge, auquel elle attribue une grande influence sur la marche ultérieure de sa tumeur. Celle-ci qui, jusque-là, avait grossi d'une façon progressive et continue, mais extrêmement lente, prend à partir de ce moment un développement rapide.

C'est en 1881, en effet, que, sans raison apparente, la tumeur se met à augmenter de volume. Elle grossit sous forme d'une boule, parfaitement circonscrite, qui s'arrondirait sous la peau et la souleverait sans s'aplatir et trop s'élargir à sa base. A ce niveau, en déprimant fortement les téguments, il est toujours possible d'insinuer la pulpe des doigts sous la tumeur.

En 1882, sa grosseur est celle d'une tête d'enfant. Sa consistance n'a pas changé. A son niveau, la peau est à peine modifiée et toujours indépendante.

Un médecin, appelé à ce moment, hésite entre un lipome ou un abcès froid. Il apprend à la malade qu'une opération est nécessaire pour la débarrasser, mais lui conseille cependant de ne rien faire tant que la tumeur ne grossira pas davantage.

Elle est toujours indolente au toucher et ne devient douloureuse qu'à l'occasion des nombreux traumatismes auxquels son volume l'expose. Aussi la malade avoue-t-elle qu'une de ses principales préoccupations est de les éviter.

Le volume de la tumeur s'accroît toujours; elle devient comme une tête d'adulte. De plus, les douleurs dans la cuisse droite augmentent, surtout au niveau du genou.

Enfin, pendant l'hiver de 84-85, l'état général qui, jusque-là, était resté bon, se modifie. La malade s'affaiblit progressivement. Elle perd l'appétit et digère péniblement; souvent il lui arrive de s'endormir à table après ses repas.

Depuis quelque temps déjà, d'ailleurs, elle dormait plus souvent dans un fauteuil qu'au lit, où le volume de sa tumeur lui empêchait de prendre une position convenable.

De temps en temps elle a des étourdissements.

Une légère fièvre se manifeste le soir, mais elle n'éprouve aucun frisson.

L'état général déclinant dès lors rapidement, l'opération est décidée.

La veille de l'opération, la tumeur présente les caractères suivants : volume d'une grosse tête d'adulte; elle occupe toute l'étendue de la région lombaire et s'étend du bord inférieur de la 12^e côte au tiers supérieur du sacrum. Elle mesure de haut en bas 17 centimètres et 15 centimètres dans son diamètre transversal; la peau ne présente pas de modification importante, si ce n'est une légère rougeur au point culminant; elle glisse difficilement sur la tumeur. Il existe peu d'empatement périphérique. La tumeur est régulièrement arrondie, non lobulée; on sent qu'elle s'étend profondément, qu'elle a perdu sa mobilité et fait corps avec les parties sous-jacentes. Elle ne présente pas de réductibilité et l'on suppose qu'elle n'a aucune connexion avec le rein. L'exploration de la cavité abdominale ne donne rien d'anormal. Celle des vertèbres n'est, en aucun point, douloureuse; la tumeur paraît en être parfaitement indépendante. Elle est tendue, dure, mais on distingue très nettement de la fluctuation. On ne perçoit pas de frémissement hydatique.

Le Dr Redard, appelé pour opérer la malade, pense à un abcès froid, ne trouvant pas de caractères qui lui permettent de supposer l'existence d'un kyste hydatique. L'examen le plus minutieux, pratiqué à plusieurs reprises, n'a jamais permis de constater de frémissement hydatique.

L'opération fut pratiquée en notre présence, avec l'aide des D^{rs} Ducord et Tachard.

La malade anesthésiée, une longue incision cruciale est pratiquée et découvre une poche qui, ouverte à son tour, donne immédiatement issue à un flot de pus assez liquide, renfermant une grande quantité de vésicules hydatiques. La poche se vide à peu près complètement et l'on se trouve en présence d'une paroi kystique assez résistante, épaisse de 1 à 2 centimètres, que le D^r Redard se met en mesure d'extirper.

Cette paroi, sur certains points, s'énuelée assez facilement. En d'autres points, elle adhère fortement à l'aponévrose lombaire qui a été éraillée et a cédé pour livrer passage à la poche kystique. Profondément, le kyste adhère très solidement aussi à la masse sacro-lombaire dans laquelle il a manifestement pris naissance.

On ne parvient que laborieusement à enlever la poche dans cette région où quelques vaisseaux d'une certaine importance sont lésés et nécessitent quelques pinces hémostatiques. Le kyste enlevé, on aperçoit très nettement à nu les fibres de la masse sacro-lombaire.

La poche a pu être extraite en totalité et elle présente tous les caractères ordinaires des kystes hydatiques. On pratique une suture des lèvres de l'incision au crin de Florence; un drain est placé à la partie inférieure, un lavage avec une solution de sublimé est fait et on exerce une compression très exacte de la région à l'aide d'une masse de coton assez considérable.

Le soir de l'opération, la malade éprouve une fièvre légère (T. 38°,6); on administre une potion avec chloral et extrait thébaïque.

Le lendemain, T. 38°,4 le matin et 38°,4 le soir.

Le surlendemain, on enlève quelques fils de suture dans un point où il y avait un peu de gonflement et de suppuration; un nouveau drain est placé; T. 37°,5 le matin, 37°,6 le soir.

Une potion à l'extrait de quinquina est prescrite.

Il y a pendant quelques jours encore un peu de suppuration à ce niveau.

Partout ailleurs, la réunion s'est faite par première intention; quelques jours après, la malade était guérie.

Le liquide de la tumeur contenait de très nombreux crochets et l'examen des vésicules ne permettait pas de douter de sa nature hydatique.

OBSERVATION II

Recueillie par M. Jeannin, chirurgien à Vallières (citée par Orrillard, *Thèse inaugurale*, Paris, 1869).

Le 10 pluviôse an XII, une fille, âgée d'environ 20 ans, domestique à Turgy, jouissant de la meilleure santé, n'ayant jamais éprouvé aucune interruption dans ses évacuations périodiques, vint me consulter pour une tumeur circonscrite, assez volumineuse, située dans la région lombaire droite. Cette tumeur considérablement accrue, à ce qu'elle me dit, depuis environ un an, était arrivée au point où elle se trouvait, sans produire d'autre incommodité que quelques élanchements dans la partie. Mais, depuis quelque temps, les élanchements se faisaient sentir plus fréquemment et devenaient très douloureux, la jeune fille ne pouvait plus souffrir que la ceinture de ses jupons portât sur sa tumeur.

Enfin, craignant les suites de cette incommodité, elle vint me consulter.

La tumeur formait une élévation circonscrite assez considérable; la coloration de la peau était normale. Je crus d'abord que c'était un dépôt par congestion, et je le crus d'autant plus que la fluctuation, très sensible, quoique profonde, devait m'annoncer qu'il y avait un liquide renfermé dans cette tumeur.

A chaque pression, la malade ressentait une douleur assez vive qui ne s'étendait pas plus loin que la circonscription de la tumeur. La profondeur du foyer m'assura qu'il gisait sous

les parties tendineuses et aponévrotiques du muscle transverse, en bordant le muscle carré des lombes et qu'il s'appuyait sur le péritoine, qui en soutenait la base.

De quelle nature était le liquide contenu ? Je ne pouvais m'en assurer qu'en ouvrant le dépôt ; ce que je fis le 15 suivant.

Au premier coup de bistouri, je sentis très distinctement que j'incisais transversalement l'aponévrose du muscle transverse ; au second, j'ouvris le dépôt. Il sortit d'abord, avec jet, une liqueur limpide et jaune ; cette liqueur écoulée, il se présenta à l'ouverture une pellicule blanchâtre et sphéroïde qui la fermait. J'agrandis l'ouverture, et, par ce moyen, il sortit d'abord une hydatide de la grosseur d'un œuf de poule qui fut suivie d'une foule d'autres de différentes grosseurs et contenant une liqueur limpide, aqueuse, claire, transparente et d'un goût salé. Je pensais bien que cette quantité d'hydatides devait être renfermée dans un kyste ; aussi je fis bien attention au fond de la plaie et apercevant un côté du kyste, je pris mes pinces et j'en fis l'extraction sans nul effort. Ce kyste renfermait encore une quantité assez nombreuse de petites hydatides flottantes dans un liquide jaune, épais, tenace et gras au toucher.

Pansement avec bourdonnet de charpie et plumasseaux imbibés avec mélange d'eau et de vin.

Le 16, je lève l'appareil ; il sort une douzaine de bulles.

Après avoir fait des injections avec l'eau et le vin tièdes, je portai mes doigts dans la plaie et je m'assurai que le foyer ne descendait en aucune manière dans le bassin, mais se portait sous le muscle transverse du bas-ventre et montait obliquement vers l'hypochondre droit ; je ne pus d'ailleurs en sentir la profondeur, mon doigt n'étant pas assez long. Dans cette opération j'écrasai encore plusieurs hydatides dont les enveloppes suivirent mon doigt quand je le retirai.

Le 18, il sortit encore deux bulles grosses comme des noisettes ; injection d'eau d'orge miellée.

Le 19, même état, même pansement.

L'état général est excellent ; la plaie commence à se cicatriser.

OBSERVATION III

Prise par M. Soulé (citée par Orrillard, *Thèse inaugurale*, Paris, 1869).

Au n° 9 de la salle 10, est couché le nommé D... (Hyacinthe), de Chaudesaigues (Cantal), âgé de 65 ans, entré le 15 avril 1848.

Ancien militaire, D... déclare n'avoir jamais éprouvé de maladies graves, d'affections syphilitiques.

Il y a deux ans qu'il a ressenti dans la région lombaire des douleurs vagues qu'il a considérées comme étant de nature rhumatismale. Quelque temps après il s'aperçut d'une légère tuméfaction dans ce point. Il éprouvait en même temps de la gêne pour se baisser et se redresser. Le malade assure n'avoir jamais reçu de contusion dans ce point.

Voici quel était son état lors de sa rentrée à l'hôpital :

Constitution détériorée, teinte comme cachectique, flaccidité des chairs, peu d'appétit, souvent de la diarrhée, peu de sommeil.

Dans la région lombaire droite, on remarque une tumeur oblongue, située transversalement et bilobée ; son volume est à peu près celui d'un œuf de dinde. La peau qui la recouvre a la coloration normale ; point de sensibilité lorsqu'on la palpe avec une certaine force.

La fluctuation y est évidente, quoique le liquide qu'elle renferme paraisse cependant être séparé de la peau par une couche musculaire d'une certaine épaisseur. On ne réveille aucune douleur par la pression de chacune des apophyses épineuses. La tumeur ne reçoit aucune modification de la toux, de la position horizontale.

Je pensai à l'existence d'un abcès froid, et me fondant sur

divers caractères que je viens d'exposer pour supposer qu'il pouvait bien ne pas être lié à une altération osseuse, je me décidai à faire appliquer, le 16, un fragment de potasse caustique sur la tumeur.

Le 17, je ponctionnai l'eschare ; il s'écoula un flot de sérosité argentine. L'idée d'un kyste hydatique me vint aussitôt ; elle fut corroborée par cette circonstance que l'écoulement s'arrêta brusquement. Je glissai alors une sonde cannelée sur laquelle je débridai dans l'étendue de 6 centimètres environ : aussitôt une grande quantité d'acéphalocystes se précipita à l'extérieur, et il me fut possible, par des pressions ménagées, d'en extraire environ la valeur d'un verre de table de grosseurs diverses.

L'exploration à l'aide du doigt confirma mes prévisions sur la position profonde du kyste, ainsi que sur sa nature intramusculaire ; il me parut siéger dans l'épaisseur du muscle carré des lombes, à en juger par l'épaisseur de tissus que soulevait mon indicateur.

Le soir, violent accès de fièvre en froid ; la réaction est très difficile à déterminer. Potion avec sulfate de quinine et extrait de quinquina.

Le 17, fièvre toujours très vive ; gonflement des lèvres et du pourtour de la plaie.

Le 18 et jours suivants la fièvre cesse ; la suppuration s'établit et entraîne à chaque pansement des débris d'acéphalocystes.

Le 22, les accidents généraux reparaissent avec plus d'intensité. Fièvre très vive. Le malade, malgré toutes les observations que je lui adresse, demande son exeat que je ne lui accorde que le 29 et avec la plus grande répugnance.

Après quelques accidents qui eurent un caractère encore plus sérieux, le malade guérit.

OBSERVATION IV.

Thèse pour l'agrégation, par M. Armand Després, Paris, 1886.

M. Després, dans sa thèse d'agrégation, dit avoir vu, dans le service de M. Nélaton, chez un homme de 40 ans, un kyste hydatique situé dans la masse des muscles sacro-lombaires du côté gauche, et le diagnostic a été fait, grâce au frémissement hydatique, qu'il a été facile de percevoir.

La tumeur, située au-dessus de l'épine dorsale, était dure, sans œdème, ni rougeur, ni chaleur à la peau et obscurément fluctuante. La tumeur durait depuis six ans et causait depuis une année des douleurs vagues.

Un des caractères sur lesquels M. Nélaton insistait a été la dureté de la tumeur et, suivant le professeur, cela tenait à ce que la tumeur était serrée sous l'aponévrose. Le frémissement hydatique était facilement obtenu par la percussion et ce caractère était pathognomonique.

L'exploration méthodique des parties voisines de la tumeur a montré qu'elle était bien circonscrite.

Une incision de 2 centimètres environ a été faite et a donné issue à des hydatides. Un tube de caoutchouc perforé a été placé en guise de mèche, et des injections iodées ont été faites dans le foyer qui est peu à peu revenu sur lui-même, après avoir suppuré. Au bout d'un mois le malade était guéri.

OBSERVATION V.

Observation faite à Lancaster-Infirmery, par M. Gilbert, interne, service de M. Hall, d'un *kyste hydatique dans la région dorso-lombaire* (juin 1883).

James H..., 29 ans, plâtrier, entré à l'hôpital le 9 mars 1883, souffrant d'une tumeur dans le dos, laquelle s'étendait verticalement, depuis les 10^e et 11^e vertèbres dorsales jusqu'à la 3^e lombaire et, horizontalement, depuis environ deux pouces

et demi à droite, jusqu'à un pouce à gauche de la colonne vertébrale.

Cette tumeur était distinctement lobulée et présentait tous les caractères d'un lipome.

Pendant les derniers mois qui précédèrent son entrée à l'hôpital, cette grosseur, qui datait de six ans environ, avait augmenté très rapidement et était devenue très douloureuse.

Le lendemain de son entrée, M. Hall fit une incision verticale de cinq pouces de long environ, un peu à droite de la colonne vertébrale. On trouva la tumeur fermement adhérente au tissu conjonctif sous-jacent et on ne put l'énucléer comme on le fait d'habitude pour un lipome. Quand on la sépara de ses adhérences, sa surface inférieure fut accidentellement blessée avec le couteau et il en jaillit un liquide plein de kystes de diverses dimensions. L'examen microscopique et chimique en démontra l'origine hydatique.

La tumeur ayant été détachée, on découvrit qu'elle avait envoyé un mince prolongement, en forme de tube, jusqu'au milieu des muscles profonds du dos.

Après que l'on eut vidé cette cavité autant que possible par la pression, on l'injecta soigneusement avec une solution d'acide phénique, et, après avoir introduit un drain, on appliqua sur la plaie un pansement antiseptique.

L'écoulement diminua de jour en jour, la cavité se referma graduellement et, sans aucun symptôme de malaise, le malade quitta l'hôpital guéri le 3 avril.

OBSERVATION VI.

Beckett-Hospital. Barnsley.

Observation d'un *kyste hydatique dans les muscles intervertébraux (extenseurs)*, faite dans le service du D^r Sadler, par M. Arthur Maude, interne.

Evacuation. — Mort. — Autopsie.

Elisa B..., 37 ans, admise en décembre 1884, présentait une grosseur fluctuante, avec tension de la partie, tout près du côté

gauche de la colonne vertébrale, dans la région lombaire. Cette grosseur, apparue en 1880, fut enlevée, dit la malade, par un chirurgien. Il existait en effet une cicatrice linéaire.

Dans l'été de 1884, la tumeur reparut, après beaucoup de souffrance dans la cuisse gauche et dans le bassin. Quelques onces (l'once vaut 28 grammes) d'un liquide clair et de réaction neutre, contenant du chlorure de sodium, en furent retirées à l'aide de l'aspirateur.

La malade refusa tout autre traitement.

En février 1885, elle vint de nouveau demander du soulagement et rentra à l'hôpital dans de mauvaises conditions, très amaigrie, avec paralysie et anesthésie complète de la cuisse gauche.

Le 13 mars, à la requête du Dr Sadler, M. Lancaster ouvrit le kyste et en retira une grande quantité de kystes-filles, de différentes dimensions. Le kyste-mère avait des parois très épaisses et semblait s'étendre depuis le sacrum jusqu'à la première vertèbre lombaire. Il était solidement fixé. On sentait l'os dénudé au niveau de la cinquième vertèbre lombaire. La cavité qui contenait $\frac{3}{4}$ de pinte (la pinte vaut 560 gr.), fut seringuée et remplie en partie d'iodoforme.

Après l'opération la malade eut continuellement de la fièvre quiaugmenta et atteignit le 18 et le 19 mars jusqu'à 105° Fahrenheit (41 centigrades).

Le 1^{er} avril, des ulcérations survinrent à la hanche gauche et au genou ; en même temps, la rigidité du membre devint considérable.

Elle mourut le lendemain.

Autopsie par MM. Sadler et Maude.

Dans la substance des extenseurs gauches de la colonne vertébrale, on voyait la cavité béante ayant environ 4 pouces (10 centimètres) de long sur 2 de large ; la paroi en était épaisse et fibreuse et pourvue d'un mince revêtement. A sa partie supérieure, un petit orifice de forme ronde conduisait

à une seconde cavité plus irrégulière, située également dans la substance du muscle, et de plus petite dimension. De la partie inférieure de la principale cavité, une seconde ouverture conduisait à un autre kyste qui s'étendait, de dedans en dehors, sous l'insertion du muscle, jusqu'à la jointure sacro-iliaque dont les surfaces articulaires étaient complètement nécrosées. La nécrose avait envahi profondément la 3^e vertèbre lombaire, le corps et les apophyses gauches.

Les parties nécrosées des os renfermaient un grand nombre de petits kystes.

Aucun kyste hydatique dans les autres viscères.

On ne put noter exactement l'état de la moëlle épinière en raison de la nécessité où l'on était de conserver le spécimen intégralement, mais il n'y avait aucun kyste dans le canal vertébral.

OBSERVATION VII.

Faite par M. Burlaud dans le service de M. le professeur Velpeau. (*Bulletin de la Société anatomique de mars 1865.*)

Un homme d'une bonne constitution avait vu se développer, à la suite d'un coup reçu plus d'un an auparavant, une tumeur située dans la région lombaire gauche.

Le diagnostic était fort douteux et l'on avait cru à une tumeur solide.

L'ablation complète de la tumeur fut pratiquée et on reconnut qu'il s'agissait d'un kyste hydatique multiloculaire, développé dans l'épaisseur de la masse sacro-lombaire.

Les hydatides ne furent pas examinées au microscope.

OBSERVATION VIII.

Boinet, *Union médicale*, 1860.

M. Boinet montre à la Société de chirurgie un kyste hydatique développé au milieu des muscles de la région sacro-

lombaire. Cette tumeur fut prise d'abord pour un abcès par congestion.

Une ponction ayant été pratiquée, il sortit un liquide avec des grumeaux. Plus tard, le malade éprouvant des phénomènes de rétention du pus, on ouvrit la poche ; il en sortit plusieurs hydatides.

Le diagnostic fut alors bien établi et M. Boinet dut enlever le kyste hydatique qu'il met sous les yeux de ses collègues.

OBSERVATION IX

Citée dans les *Maladies des reins* de Rayer.

Rhumatisme goutteux chronique, terminé par un abcès à la région lombaire gauche renfermant près de six cents hydatides, par J. B. Farradesche-Chaurasse D. M. à Allanche. (Bibliothèque médicale, 11^e année, tome XLIII, année 1814, p. 111.)

Un homme de 68 ans était sujet à des douleurs de rhumatismes vagues, qui, depuis quatre à cinq ans, s'étaient fixées dans la cuisse et la jambe gauches. Il jouissait, à cela près, d'une bonne santé, lorsqu'il lui survint, à l'aîne gauche, un gonflement du volume d'une noix qui disparaissait et reparait alternativement. Au bout de quelques années, ce gonflement avait acquis un volume considérable et était accompagné de douleurs profondes qui répondaient dans la région lombaire gauche ; mais, ensuite, il disparut en peu de jours et fut remplacé par un large abcès dans la région lombaire, qui s'ouvrit spontanément après avoir causé, pendant un mois, une grande gêne et de vives douleurs. Il en sortit une quantité énorme de pus de bonne qualité au milieu duquel on distingua six petites vessies, de forme arrondie, dont les moindres avaient le volume d'un grain de raisin et les plus grosses égalaient un œuf. Elles étaient formées par une membrane assez forte, lisse à l'intérieur, inégale et floconneuse à l'extérieur. On les écrasait avec peine avec les doigts et on en faisait sortir un liquide aqueux et inodore.

Au bout de quelques jours, on observa que le liquide qu'elles contenaient avait perdu sa transparence et qu'il exhalait une odeur d'œuf pourri. On fit quelques injections de miel rosat et on appliqua sur l'ouverture un plumasseau enduit de baume d'Arcæus.

Ce pansement fut continué pendant un mois et demi, jusqu'à parfaite guérison.

OBSERVATION X.

Observation de Chaussier, citée dans la *thèse de Bellencontre*. (Paris. 1876.)

En 1814, une femme âgée de 36 ans, domestique, jouissant habituellement d'une bonne santé, accoucha heureusement dans les derniers mois de l'année.

Dix mois après elle commença à ressentir, sans cause connue, dans la région lombaire gauche, une douleur sourde, circonscrite, accompagnée d'un sentiment de pesanteur ; on ne distinguait rien à la vue, rien au toucher. Sept mois après cette femme devint morose, irascible; elle ressentait, par intervalles, tantôt un fourmillement, tantôt des crampes dans les membres abdominaux. Puis le mouvement et la sensibilité de ces parties diminuèrent bientôt d'une manière remarquable et finirent par disparaître complètement. Cette paraplégie contraignit la malade à garder le lit. Les règles se supprimèrent, l'excretion de l'urine devint difficile, puis survint une rétention complète de l'urine et des matières fécales.

Insensiblement il survint de l'anorexie, de la dyspnée, une fièvre lente et des eschares gangreneuses à la partie postérieure du bassin. La malade s'affaiblit de plus en plus et mourut neuf mois après l'apparition du premier symptôme année 1810¹.

Autopsie. — Au-dessous du péritoine, près le rein gauche, on remarque une tumeur saillante, résistante, élastique, presque ronde, ayant le volume du poing, qui adhérerait intimement aux côtés du corps des 1^{re} et 2^{me} vertèbres lombaires;

elle avait insensiblement déprimé et plus ou moins déplacé le rein gauche, le diaphragme et les faisceaux musculaires voisins. Cette tumeur était formée extérieurement par une membrane blanchâtre, dense et remplie d'une quantité innombrable d'hydatides acéphalocystes (Laennec.)

Les trous intervertébraux, qui donnent passage aux nerfs lombaires, étaient tellement dilatés et si larges qu'on pouvait facilement y introduire l'extrémité du pouce. Ils formaient ainsi un canal par lequel les acéphalocystes avaient pénétré entre le tube osseux et la dure-mère rachidienne. On ouvrit avec précaution le canal vertébral et l'on vit des hydatides de toutes grosseurs, qui entouraient la méninge de tous côtés et comprimaient ainsi évidemment le faisceau des nerfs lombaires.

OBSERVATION XI.

Thèse de Bellencontre, Paris 1876. (Obs. IX. Cruveilhier.)

Hydatides développées d'emblée dans le canal rachidien ou dans le tissu propre de la moelle épinière.

P..., âgée de 38 ans, est admise à l'hôpital le 3 juillet 1839 pour une paraplégie ; sa constitution est très forte, sa nutrition parfaite ; le mouvement volontaire est complètement paralysé dans les membres inférieurs. La myotilité ne s'y trahit, en quelque sorte, que par des secousses douloureuses involontaires ; douleurs très vives, continuelles aux pieds, aux jambes, aux cuisses et aux reins. L'action de soulever les membres inférieurs, le moindre mouvement qui leur est imprimé sont extrêmement douloureux.

A l'examen de la colonne vertébrale, pas la plus légère inclinaison de l'épine, mais on découvre au niveau de la douzième vertèbre dorsale et de la première vertèbre lombaire, un point mou, dépressible, du diamètre d'une pièce de dix sous, faisant éprouver au doigt la sensation d'une espèce de vide, limité par un rebord osseux, évidemment formé par les

apophyses épineuses, de telle sorte que l'idée me vint dit Cruveilhier, que cet écartement des apophyses épineuses pourrait bien n'être autre chose que le vestige d'un spina-bifida incomplètement guéri. En faisant tousser la malade, il me semble reconnaître, à chaque effort de toux, une légère impulsion, mais cette sensation n'est pas distincte. Mariée à 19 ans, cette femme eut deux couches fort heureuses et il y a trois ans qu'elle a commencé à éprouver des douleurs sourdes à la région lombaire, de la faiblesse dans les membres inférieurs.

Il y a cinq mois, obligée de garder le lit, elle entra à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Récamier, où, malgré la médication révulsive, la paralysie et les douleurs firent sans cesse de nouveaux progrès et la malade fut dirigée comme incurable à la Salpêtrière.

L'état de la malade resta stationnaire une quinzaine de jours, mais bientôt des excoriations se formèrent d'abord au sacrum, puis au niveau des grands trochanters, auxquelles succédèrent des eschares très douloureuses; l'appétit se perdit; diarrhée, nausées, vomissements, frissons quotidiens à des heures irrégulières, intelligence parfaite. Mort le 15 août.

Autopsie. — A la région dorso-lombaire, on reconnut le point dépressible entre la douzième vertèbre dorsale et la première vertèbre lombaire, mais dans les deux gouttières vertébrales, sur les côtes de ce point, avant toute dissection, on sentait une fluctuation obscure.

Sous les muscles longs du dos, atrophiés et réduits à une lame assez mince, se trouve une tumeur molle, fluctuante, tout à fait indépendante des muscles, occupant les deux gouttières vertébrales; la partie qui occupait la gouttière gauche était beaucoup plus considérable que celle qui occupait la gouttière droite. Ces deux parties, réunies par une espèce d'isthme au niveau des apophyses épineuses, communiquaient entre elles.

Après l'incision, cette tumeur, dont la partie fibreuse était peu épaisse et d'une blancheur remarquable, donna issue à une grande quantité de poches acéphalocystes.

La tumeur enkystée pénétrait dans le canal vertébral ; le kyste manquait au dedans de ce canal et la masse hydatique appuyait directement contre la dure-mère intacte, laquelle remplaçait le kyste dans le lieu correspondant.

La dure-mère avait échappé à toute espèce d'altération ; il n'en était pas de même de la moelle épinière qui, comprimée entre le kyste hydatique d'une part et la face postérieure du corps des vertèbres d'autre part, avait éprouvé un amincissement extrême avec coloration brune.

Toute la partie de la moelle inférieure au kyste était convertie en une poche purulente.

OBSERVATION XII.

Revue des Sciences médicales, Hayem, 1878.

Une femme de 27 ans porte, dans la région dorsale droite, une tumeur fluctuante, s'étendant de l'angle de l'omoplate à la troisième lombaire, trilobée et paraissant adhérer à la douzième dorsale ; au niveau de cette vertèbre existe, à gauche, une petite tumeur fluctuante et communiquant avec la première ; on diagnostique un abcès ossifluent et, à l'ouverture, on constate l'existence d'échinocoques. La malade succombe et l'on trouve, à l'autopsie, que les hydatides occupent la douzième dorsale et ont pénétré, à ce niveau, dans le canal rachidien en refoulant les méninges ; en un point, il y a même un commencement de perforation de ces membranes.

OBSERVATION XIII.

Ollivier, d'Angers. *De la moelle épinière et de ses maladies*,
p. 374.

On a observé en 1820, à l'hôpital Saint-Louis, un nouvel exemple d'acéphalocystes existant entre le canal osseux et la dure-mère rachidienne. L'individu était paraplégique ; ce sont les seuls renseignements que j'ai pu me procurer.

A l'ouverture du cadavre, on trouva, vis-à-vis les neuvième

et dixième vertèbres dorsales, un kyste fibro-celluleux placé sous les muscles de la gouttière vertébrale gauche; il avait soulevé, en partie, leurs attaches tendineuses et était immédiatement appliqué sur les lames des vertèbres; il contenait 8 ou 10 acéphalocystes de diverses grosseurs, dont plusieurs égalaient le volume d'une petite noix.

On apercevait, au fond de ce sac fibreux, une ouverture arrondie, de 4 à 5 lignes de diamètre environ, dont la couleur était lisse et tapissée par un tissu analogue à celui du kyste. Une acéphalocyste était, en partie, engagée dans son orifice.

Le canal vertébral étant ouvert, on trouva six acéphalocystes beaucoup plus grosses que celles du kyste, qui déprimaient sensiblement la dure-mère et qui avaient évidemment déterminé la paraplégie par la compression qu'elles exerçaient sur la moelle épinière. Ces détails m'ont été communiqués par mon ami, M. le Dr Mirault.

OBSERVATION XIV.

Hontang. *Bulletin de la Société anatomique*, 1885, p. 95.

A. C..., 53 ans. Bonne santé habituelle. Depuis quatre mois la malade a commencé à éprouver des douleurs vagues dans les membres inférieurs; elle s'est alitée à cette époque et a maigri très rapidement.

Etat actuel (3 janvier 1885). -- Amaigrissement extrême.

Douleurs vives dans les deux membres inférieurs. Les moindres mouvements arrachent des cris à la malade.

Atrophie musculaire des membres inférieurs; impotence fonctionnelle à peu près complète; pas d'incoordination des mouvements. Pas d'anesthésie. Déviation latérale de la colonne vertébrale qui existerait depuis l'enfance. La pression des apophyses épineuses est légèrement douloureuse à la région lombaire. Rien du côté des viscères.

Quelques jours après son entrée, survient de la rétention d'urine qui ne dure que deux jours.

12 janvier. Apparition d'une eschare au sacrum. Paraplégie complète, œdème des jambes.

Incontinence d'urine et des matières. On porte le diagnostic de myélite.

Le 21 janvier, troubles trophiques (bulles, eschares) aux membres inférieurs, symétriques au niveau des saillies osseuses. Anesthésie des membres inférieurs remontant jusqu'aux genoux.

Mort le 28 janvier.

Autopsie.—Le foie, volumineux, débordé les fausses côtes; au-dessous de lui, on trouve le rein déplacé, à cheval par son bord concave sur une tumeur à laquelle il adhère faiblement. Sur le côté droit de la colonne lombaire, existe une tumeur volumineuse s'étendant depuis les fausses côtes jusqu'au détroit supérieur du bassin, remplissant le flanc droit et la fosse iliaque interne.

Elle refoule en dedans les nerfs du plexus lombaire et le psoas qui est étalé à sa surface. Elle est rattachée, par son côté interne, au corps de la troisième vertèbre lombaire qui est ramolli et en partie détruit. En arrière, dans la région lombaire droite, on trouve, immédiatement au-dessous de la peau, une poche analogue, allongée verticalement, s'étendant de quatre travers de doigt au-dessous de la pointe de l'omoplate jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus de la crête iliaque. Elle est séparée de la tumeur antérieure par le carré lombaire, en paraît indépendante et est rattachée, de même, à la colonne lombaire. La partie postérieure de la colonne lombaire est ramollie sur une hauteur de 10 centimètres environ. Cette substance ramollie adhère aux méninges, mais il n'y a pas d'adhérence de la moelle avec ses enveloppes. Pas de pachy-méningite. La moelle est congestionnée dans toute sa hauteur, mais surtout dans son segment inférieur où elle a une consistance dure, fibreuse. A l'ouverture des poches, il s'écoule un liquide clair, transparent et de nombreuses vésicules hydatiques où nous avons retrouvé des crochets.

OBSERVATION XV.

Pihan. *Bulletin de la Société anatomique*, 1860.

X..., âgé de 26 ans, entre dans le service de M. Robert, à l'Hôtel-Dieu, en août 1860. Depuis deux ans, époque à laquelle il fit une chute de cheval et se contusionna la hanche droite, cette articulation est restée douloureuse et le membre inférieur correspondant a pris une position de plus en plus vicieuse.

La cuisse est dans la flexion et l'abduction, et il existe un raccourcissement apparent considérable. La fesse est très tuméfiée, douloureuse à la pression, et laisse reconnaître une fluctuation profonde et obscure. Le membre est impuissant; les mouvements communiqués sont très douloureux. L'incision de la fesse donne issue à deux litres environ de pus inodore et permet de constater la dénudation d'une surface osseuse étendue. Malgré le drainage et les injections le malade succombe.

Autopsie.— Foyer rempli de pus, de fragments osseux et de poches hydatiques dont le volume varie de celui d'un grain de millet à celui d'une grosse fève. Les deux tables de l'ilium, écartées de plus de six centimètres vers leur milieu, amincies et divisées en lamelles, forment les parois de ce foyer. Les masses hydatiques s'étendent jusque dans les interstices musculaires, disséqués par la collection purulente, à la face externe de l'ilium. La cavité cotyloïde est détruite et l'extrémité supérieure du fémur en partie usée, pénètre jusqu'au petit trochanter dans l'intérieur du bassin. L'articulation sacro-coxale est envahie; une grande cavité osseuse est formée aux dépens des deux dernières vertèbres lombaires et des deux premières vertèbres sacrées; des hydatides la remplissent, pénètrent dans les trous sacrés et s'insinuent dans les interstices des muscles de la gouttière sacrée. Les plexus nerveux ne sont pas comprimés, le canal vertébral est libre.

OBSERVATION XVI.

Vergely. Citée dans la *thèse de Belencontre*, Paris, 1876.

M. Vergely, à la séance du 12 juin 1874, de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, dit qu'il a vu dans le service de M. Mabit, qu'il suppléait, un cas de kyste hydatique intéressant. Il s'agit d'une femme atteinte de paraplégie à la suite de couches, disait-elle, mais amaigrie, cachectique, et présentant, au niveau du sacrum et du trochanter, des eschares étendues. L'autopsie démontra la présence d'un kyste hydatique du foie; de plus, au niveau de la douzième vertèbre dorsale et à gauche, existait une petite tumeur, également hydatique, qui avait érodé les vertèbres et avait pénétré dans le canal rachidien. M. Vergely pense qu'il devait rattacher la paraplégie à la compression de la moelle ou plutôt à l'irritation produite par cette petite tumeur, car à ce niveau et à l'œil nu sa consistance était moindre que dans les points situés au-dessus.

Cette dernière tumeur était indépendante de celle du foie.

OBSERVATION XVII.

De Frusci. Citée par Gangolphe, *in thèse d'agrégation*, 1886.

Femme de 24 ans. Il y a trois ans, elle éprouva pendant une grossesse de vagues douleurs dans la région dorsale, à environ trois travers de doigt au-dessous de l'angle de l'omoplate droite. Quelque temps après, elle remarqua une tumeur développée au niveau de la région douloureuse. Puis survinrent des phénomènes de paralysie des membres inférieurs. A ce moment, la tumeur était grosse comme un œuf de poule, élastique, ovale, bilobée, recouverte de téguments intacts.

En 1876 (4 ans après), affaissement de l'état général, douleurs plus vives. On constate, en l'examinant, que la cause de la lobulation était dans un cercle osseux paraissant se conti-

nuer avec le rachis. Réductibilité partielle et communication évidente des deux poches à travers l'arc vertébral.

On fit le diagnostic d'abcès ossifluent, avec carie de la douzième vertèbre dorsale et de la première vertèbre lombaire. Phénomènes de méningite chronique.

Une ponction exploratrice faite avec un trocart de faible calibre ne donna aucun résultat; la canule fut trouvée obstruée. Frusci fit alors une incision très petite avec un bistouri; de nombreux échinocoques sortirent mêlés à un liquide légèrement trouble. Il referma la plaie au moyen de bandelettes adhésives; on put alors percevoir le frémissement hydatique. Ce signe n'existait pas auparavant à cause de la grande quantité de liquide.

L'évacuation complète de la poche est résolue.

Dix jours plus tard, incision large; issue de nombreux échinocoques. Pansement avec de la charpie imbibée d'eau phéniquée. La malade succombe quelques jours plus tard à des accidents de septico-pyohémie.

Autopsie. — Pas de kystes dans les viscères. Au niveau de la région dorso-lombaire, on trouve la poche fortement adhérente à la douzième vertèbre dorsale; les hydatides s'étaient développées dans le corps des vertèbres et avaient fini par pénétrer dans le canal rachidien, en refoulant les méninges. Les racines postérieures de la moelle paraissaient partout comprimées. Les lames de la douzième vertèbre dorsale étaient refoulées et usées.

OBSERVATION XVIII,

De Reydellet, citée par Bellencontre. (*Thèse de Paris*, 1876.)

Femme de 25 ans, Catherine C..., éprouva pendant sept à huit mois un sentiment de froid pénible le long du rachis, ne pouvant garder aucune position sans douleur très vive dans le dos, le long de la colonne vertébrale; la douleur se porta tout à coup sur la région lombaire, et il survint de l'insensi-

bilité des membres inférieurs, avec conservation des mouvements.

Les envies d'uriner et d'aller à la selle ne se firent plus sentir, puis la douleur devint très violente, s'étendit à la cuisse droite et à la jambe gauche, et la malade devint paraplégique.

Enfin il se forma, à la région lombaire, une tumeur dont la pression augmentait la douleur de la cuisse droite ; la malade, en la frappant, éprouvait la sensation d'un fluide aqueux remontant le long du rachis ; le traitement révulsif n'amenant aucun changement, on se décida à ouvrir cette tumeur de laquelle on vit s'échapper un grand nombre d'hydatides ; on reconnut alors que le canal vertébral était ouvert et la moelle épinière immédiatement à nu. On s'attendit à une mort prochaine ; mais, contre toute attente, le mieux occasionné par cette ouverture se soutint. Pendant plusieurs jours, il s'échappa encore du canal un certain nombre d'hydatides ; il ne se développa d'abord aucun symptôme alarmant ; sa santé, du reste, était bonne et ce n'est que longtemps après ; en 1820, que la malade succomba à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

OBSERVATION XIX.

Kyste hydatique de la région lombaire. Recueillie et communiquée par M. Martha, interne des hôpitaux. (*Thèse de Marguet, 1888.*)

Le nommé L..., Antoine, garçon limonadier, âgé de 31 ans, entré le 4 février 1887 dans le service de M. le Dr Duguet à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Vincent, n° 17. Il est à Paris depuis 1866 ; syphilis en 1879. En 1876, étant aux bains froids, il constate pour la première fois, sur la remarque qui lui en fut faite par un de ses amis, la présence d'une petite tumeur dans la région lombaire droite, un peu au-dessus de l'articulation sacro-iliaque. Elle était grosse comme une noix,

résistante, et au dire du malade la peau glissait dessus. Le malade n'en avait jamais souffert.

Jusqu'en 1883, elle augmenta peu à peu.

En 1885, la tumeur a le volume qu'elle présente aujourd'hui. Elle le gêne pendant les marches.

En octobre 1886, pleurésie gauche; dans le mois de décembre suivant, douleur très vive dans tout le côté droit.

Les quelques troubles subjectifs qu'il éprouvait à l'occasion de sa tumeur persistant, le malade va trouver un médecin de la ville qui diagnostique un lipome et fait faire des applications de teinture d'iode à la surface.

Ces badigeonnages ne changeant rien à la situation du malade, celui-ci s'adresse alors à M. Duguet.

Etat actuel. — Dans la région lombaire se trouve une vaste tuméfaction, empiétant un peu sur la région sacrée; les contours en sont nets, quelle que soit l'attitude du tronc; néanmoins ils s'accusent davantage dans l'extension forcée de la colonne vertébrale, en même temps que la tuméfaction elle-même devient plus globuleuse.

Cette tumeur mesure verticalement, du pôle supérieur au pôle inférieur 0^m,18, et, transversalement à sa partie moyenne, 0^m,13; son relief est d'environ 0^m,035. Le pôle supérieur répond sensiblement à la 9^e côte, l'inférieur à 0^m,03 au-dessous de la crête iliaque. Le bord interne se trouve à 0^m,02 des apophyses épineuses; le bord externe sur le prolongement d'une ligne qui tomberait verticalement de l'angle de l'omoplate droite.

La peau est partout saine. Bien qu'elle soit fortement tendue, elle se laisse facilement déplacer sur les parties profondes. Pas d'œdème. On constate de plus que la tumeur est lisse uniformément, mais fortement résistante, et que l'on sent d'une façon assez obtuse, une fluctuation profonde, quand les muscles de la région sont relâchés. Si, au contraire, on fait tendre les muscles, disant au malade de se redresser, on observe que cette sorte de fluctuation a disparu et qu'elle est

remplacée par quelque chose de rémitent, de ferme, sans être cependant dur. Vient-on dans cette situation à percuter la région tuméfiée, le médius de la main gauche servant de plessimètre, tandis que celui de la main droite joue le rôle de percuteur et frappe un coup sec et énergique, on est surpris de sentir sous le doigt percuté une série de vibrations rapidement adoucies et de très courte durée qui rappellent, toutes proportions gardées, celles qu'on produit en frappant un siège à ressorts. Et, chose bien remarquable, le patient ressent très nettement la sensation de cette trémulation. C'est le frémissement hydatique.

On avait évidemment affaire à un kyste hydatique. Mais où siégeait-il ? Du fait même que la forme, la consistance de la tumeur, voire même les caractères d'intensité du frémissement étaient modifiés suivant que les muscles sacro-lombaires se contractaient ou se trouvaient dans le relâchement, on était conduit à penser que le kyste avait des connexions intimes avec les muscles et qu'il devait siéger au milieu d'eux. On conclut donc à un kyste hydatique musculaire de la région lombaire.

Cela établi, quelle conduite tenir ? M. Duguet se propose de traiter ce cas comme un kyste hydatique du foie, par la simple ponction.

Le 12 février, un trocart de moyen calibre est poussé dans la tumeur vers le tiers inférieur. Quelques grammes d'un liquide d'abord clair, limpide, puis légèrement trouble et accompagné de pellicules blanchâtres, sortent péniblement du trocart.

C'est à grand'peine que l'on recueille 6 à 8 grammes de liquide mêlé de débris membraneux.

Recherchant le frémissement hydatique après la ponction, on constate qu'il a complètement disparu.

Le lendemain, une légère inflammation se déclare, et, les jours suivants, la tumeur, au lieu de diminuer de volume et de s'assouplir, se tend davantage. Le malade souffre un peu

et il sort par l'orifice de la ponction une goutte de pus. M. Duguet songe alors à pratiquer l'incision et à évacuer le contenu du kyste.

Le 19, l'anesthésie locale ayant été obtenue par un jet de chlorure de méthyle, M. Duguet, armé du thermo-cautère de Paquelin, pratique sur la partie médiane de la tumeur, au niveau de son tiers inférieur, une incision de 45 millim. parallèlement à l'axe spinal. Cette incision, faite lentement, comprend la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, puis l'aponévrose et enfin le plan superficiel des muscles lombaires. Ce n'est qu'après avoir labouré un bon centimètre d'épaisseur des faisceaux musculaires, que l'on arrive sur la poche dont l'ouverture laisse échapper, avec une minime quantité de liquide séro-purulent, environ 180 hydatides, dont l'expulsion est favorisée par des pressions exercées sur la tumeur. Le volume de ces hydatides varie depuis celui d'un petit pois à celui d'un œuf de pigeon, la plus grande offrant les dimensions d'une aveline. On sent par le toucher que le kyste siégeait au milieu des muscles.

Lavage antiseptique, drainage, pansement ouaté.

Suppuration pendant quelque temps ; fistule qu'on traite par des injections iodées.

Le 3 juillet le malade est complètement guéri,

OBSERVATION XX

Kyste hydatique de la région lombaire droite. — Injection de blanc de baleine. — Extirpation par dissection de la poche.

Observation de M. Pozzi, chirurgien de Lourcine-Pascal.

La nommée Du..., Julie, veuve Iz..., âgée de 41 ans, domestique, entre dans le service de M. le Dr Pozzi, à l'hôpital de Lourcine, le 15 juillet 1885.

Pas d'antécédents héréditaires. Rhumatisme articulaire aigu à 25 ans. Régée à 13 ans, ménopause à 40 ; menstrua-

tion toujours régulière. Un enfant à l'âge de 18 ans, aujourd'hui en parfaite santé.

Il y a huit ans environ Du... éprouva de la gêne à se baisser, à la suite d'un grand effort pour porter un lourd fardeau. Jamais elle n'a ressenti d'élancements.

Un an après, la malade s'aperçoit de la présence d'une tumeur dans la région lombaire droite, tumeur du volume d'un petit œuf de poule. Pendant deux ans cette tumeur reste stationnaire, et, depuis cinq ans, elle augmente progressivement de volume, jusqu'à acquérir ses dimensions actuelles. Son accroissement a été un peu plus rapide ces trois derniers mois.

Cette tumeur fait actuellement dans la région lombaire droite, une saillie arrondie, à peu près régulièrement hémisphérique et mesurant verticalement 17 cent., horizontalement 20 cent. La peau est distendue, sans rougeur, mais un peu variqueuse et peut être facilement déplissée.

La palpation donne la sensation d'une poche complètement remplie par du liquide. La fluctuation est nette ; pas de frémissement hydatique ; immobilité sur les parties profondes.

La pression n'éveille pas de douleur vive, mais la malade accuse une sensation de tension exagérée. Difficulté à marcher, à se baisser, à porter un fardeau. Depuis trois mois, diminution de l'appétit qui a entraîné un amaigrissement sensible pour la malade.

Le 20 juillet, opération. Anesthésie par le chloroforme. Ponction de la tumeur à l'aide d'un trocart de moyen calibre et issue d'un liquide purulent contenant des hydatides. La poche est vidée aussi complètement que possible, après quoi on procède à un lavage avec de l'eau phéniquée ; puis on injecte du blanc de baleine fondu jusqu'à réplétion complète de la cavité kystique. Le retour du blanc de baleine à l'état solide se fait avec une très grande lenteur, ce qui oblige de remettre la suite de l'opération au lendemain. La malade est réveillée.

21 juillet. Reprise de l'opération sous le chloroforme ; incision cruciale des téguments jusqu'aux limites de la tumeur. Puis la poche, remplie par le blanc de baleine aujourd'hui complètement solidifié, est soigneusement disséquée en suivant sa face externe. La résistance donnée au doigt par le blanc de baleine facilite beaucoup cette manœuvre et permet d'éviter l'ouverture de la cavité. La paroi de la poche est sous-jacente à l'aponévrose de la région et aussi à la masse musculaire sacro-lombaire qu'il faut dévier pour l'atteindre. Par sa face profonde, la tumeur repose sur le feuillet moyen de l'aponévrose du muscle transverse, c'est-à-dire sur la face postérieure même du muscle carré des lombes. Il existe un prolongement profond allant au voisinage des lames vertébrales. Le volume de la tumeur injectée est supérieur à celui d'une tête de fœtus à terme. On lave la cavité à la solution phéniquée forte et on la remplit de gaze phéniquée chiffonnée. Pansement de Lister. Le soir température 37°5. Cicatrisation complète vers le 15 septembre. Guérison.

M. Pozzi avait songé à un abcès froid, mais par la ponction exploratrice, il avait retiré du pus et des hydatides.

OBSERVATION XXI

*Kyste hydatique de la masse sacro-lombaire. — Extirpation.
Cicatrisation.*

Observation de M. Tuffier.

Madame P..., 27 ans, couturière, ayant toujours joui d'une excellente santé, sans aucun antécédent syphilitique ou scrofuleux ; femme de haute stature, robuste, bien constituée ; se présente dans le courant du mois de juin 1884, à la consultation de l'hôpital Necker pour se faire soigner d'une tumeur à la région du dos.

Sept mois auparavant, elle vit survenir sans cause connue d'origine récente, une tuméfaction qui augmenta peu à peu,

puis devint gênante par son volume et sa situation au niveau de la partie moyenne du dos.

Interrogée sur les faits pathologiques antérieurs qui pouvaient, de près ou de loin, se rapporter à l'apparition de cette grosseur, la malade nous apprend que quelques mois auparavant, c'est-à-dire vers la fin de l'année 1883, elle avait fait une chute dans un escalier, dégringolant plusieurs marches, et les reins portant sur l'arête vive de l'une d'elles. Cet accident n'ayant pas présenté de suites graves, la malade n'y attacha aucune importance. Cependant, remarquons en passant que le point précis du coup reçu alors répondait exactement au siège de la tumeur actuelle.

Nous trouvons au niveau de la région latérale gauche de la colonne dorsale, en un lieu correspondant à la pointe de l'omoplate, mais assez rapproché des apophyses épineuses, une tuméfaction dont la convexité représente le relief d'un demi-citron.

La périphérie se confond avec les parties voisines et la saillie est d'environ 3 cent. La peau, normale à ce niveau glisse sur la tumeur. Cette dernière est elle-même parfaitement lisse, résistante, nettement fluctuante dans tous les sens et adhérente aux parties profondes. Pas de frémissement hydatique. Pas de douleur ni spontanée, ni provoquée.

Si l'on vient à faire contracter successivement les muscles trapèze et grand dorsal, on sent que la tumeur est immobilisée et que les muscles font saillie à sa surface; dans l'extension de la colonne vertébrale, cette immobilité est également obtenue. Rien du côté du squelette.

A quel diagnostic devons-nous nous rattacher? L'intégrité du système osseux au voisinage de la tumeur, l'état exceptionnellement florissant du sujet, l'absence absolue d'antécédents pathologiques, personnels ou héréditaires, font rejeter l'idée d'abcès froid. La netteté de la fluctuation, le caractère lisse et l'homogénéité de la tumeur ne permettraient pas non plus de penser à l'existence d'un lipome. Nous posons dès

ors le diagnostic de kyste hydatique de la masse sacro-lombaire gauche et nous proposons une intervention qui est acceptée.

La malade refuse de se laisser endormir. Incision parallèle à la colonne vertébrale, dans le sens du grand axe de la grosseur. La peau, le tissu cellulaire sous-cutané, les muscles superficiels sont coupés; on tombe sur la poche hystique. Elle est d'abord facilement disséquée, mais arrivé à la partie profonde, les adhérences sont si intimes avec les fibres musculaires, que la poche est ouverte et qu'elle s'affaisse, en laissant écouler un liquide transparent et clair comme de l'eau de roche. La membrane est lisse en certains points, granuleuse en d'autres points. On enlève avec précaution la partie la plus profonde de la poche qui était restée adhérente aux muscles.

Antisepsie de la plaie, gaze iodoformée; réunion par première intention. Au bout de quinze jours, cautérisation complète. La malade sort de l'hôpital.

A l'examen microscopique de la tumeur, la membrane du kyste s'est présentée avec tous les caractères propres aux membranes des kystes à échinocoques.

OBSERVATION XXII.

Kyste hydatique de la région lombaire gauche. — Communiquée par M. le Dr Tapie, professeur à l'École de médecine de Toulouse.

Le nommé Zéphirin, pêcheur de Palavas, âgé de 45 ans, entre le 4 mars 1882 dans le service de M. le professeur Dubreuil, à l'hôpital Saint-Éloi, de Montpellier, salle Saint-Éloi n° 42, pour une tumeur de la région lombaire gauche.

Cet homme n'a jamais fait de maladie, ne présente pas non plus d'antécédents héréditaires. Il y a quatre ans, pendant l'hiver il glissa sur la neige et, dans sa chute, il se contusionna le côté gauche, à l'endroit où se trouve présentement la tumeur.

A la suite de cette chute, il dut garder le lit pendant un mois, se plaignant beaucoup de douleurs dans la région lésée. Puis il alla mieux, se remit à son travail, ressentant néanmoins toujours quelques douleurs vagues dans cette région.

C'est environ un an après cet accident que la tumeur fit son apparition là même où le sujet avait reçu le coup. Cette grosseur grandit peu à peu, et, bien qu'il en souffrit peu, il en éprouvait cependant une gêne assez marquée pendant son travail et dans la marche. Cette gêne croissante l'amène à consulter M. Dubreuil qui lui conseille d'entrer à l'hôpital. Cette tumeur, qui occupe la masse sacro-lombaire gauche, a le volume d'un gros œuf de dinde; elle ne gêne le malade que par ses dimensions; elle est indolente. La peau qui la recouvre est saine, mobile, normale. Il y a une fluctuation évidente, mais pas de frémissement hydatique.

Une exploration minutieuse de la région révèle un point douloureux au niveau de la dernière fausse côte, ce qui porta M. Dubreuil à faire le diagnostic d'abcès par congestion.

L'opération fut décidée; ouverture et grattage de la poche. Mais au cours de l'opération, après l'incision de la peau, de l'aponévrose lombaire et d'une mince couche musculaire, on tombe sur la poche qui contenait non pas du pus, mais de superbes hydatides, au nombre de trois seulement: une grosse et deux plus petites. Le liquide légèrement citrin, examiné au microscope, montre des crochets et des échinocoques.

La cavité est nettoyée et drainée. Pansement antiseptique à l'eucalyptol. Les suites furent simples. Le malade resta en tout une cinquantaine de jours à l'hôpital et sortit presque entièrement guéri.

OBSERVATION XXIII,

De M. Dumontpallier, médecin de l'Hôtel-Dieu. (*Thèse de Marguet, 1888.*)

M^{me} de L..., âgée de 40 ans, habitant le département de la Sarthe, névropathe à l'excès, apparences débiles, eut connaissance, au commencement de l'année 1880, d'une tumeur siégeant dans la région lombaire droite.

Le 25 octobre 1880, une ponction est faite par un praticien du pays; elle donne issue à un liquide clair comme de l'eau de roche et absolument inodore.

Cette ponction diminue pour un certain temps le volume de la grosseur qui se représente, quelque temps après, avec les mêmes symptômes, si bien qu'en fin décembre 1884, elle avait acquis le volume de près de deux poings; en même temps la malade éprouvait de violents tiraillements dans la jambe droite.

A cette époque, la patiente est vue pour la première fois par M. Dumontpallier qui constate une tumeur, du volume de deux poings, dans la région lombaire, répondant assez exactement au muscle carré des lombes, mais plus rapprochée cependant du bord externe du muscle que de la colonne vertébrale; elle était également plus voisine des côtes que de la crête iliaque. La peau qui recouvrait cette tumeur était normale, il n'y avait pas d'œdème et elle glissait librement à sa surface. La tumeur était manifestement sous-aponévrotique, assez ferme et nettement fluctuante. Le diagnostic était d'ailleurs établi de par la ponction faite trois ans auparavant. La malade faisait remonter l'origine de son kyste à un coup qu'elle aurait reçu à une époque antérieure.

M. Dumontpallier pratique une ponction, suivie d'injections, et place un drain, après avoir établi une contre-ouverture. Une inflammation assez vive se déclare; la fièvre s'allume. Le drain est supprimé au bout de quatre jours et remplacé par des applications de cataplasmes émollients.

Environ trois semaines après cette intervention, une belle nuit, il sortit par l'orifice du kyste une matière comparée par la malade à du macaroni (matière probablement adipo-cireuse) qui fut suivie de l'expulsion d'une poche. Celle-ci n'était rien autre chose que la membrane kystique altérée, répandant une odeur forte et pénétrante.

OBSERVATION XXIV,

De M. Debove (*Thèse de Marguet, 1888*).

Au cours de l'année 1883, je fus mandé auprès de M^{me} L..., âgée de 50 ans, qui se plaignait d'un lombago. En explorant la région malade, je fus quelque peu étonné de constater une sorte d'empâtement, de tuméfaction assez bien limitée de la région lombaire droite, siège de la douleur. D'ailleurs peau saine et nul phénomène inflammatoire. Ne pouvant me prononcer catégoriquement sur la nature de cette affection, je proposai sur l'heure à la patiente une petite ponction exploratrice, qui fut acceptée. Donc, dans la partie la plus saillante, j'enfonçai jusqu'à la garde l'aiguille d'une seringue de Pravaz et j'eus alors la satisfaction de voir sortir par l'orifice quelques gouttes d'un liquide absolument limpide. Le diagnostic était fait. Huit jours après, je fis, au moyen d'un trocart de moyen calibre, une ponction aspiratrice, qui donna environ 60 gr. d'un liquide identique au premier. A la suite de cette petite opération, les douleurs disparurent immédiatement et la malade guérit sans encombre. Le liquide extrait contenait beaucoup de chlorures, pas du tout d'albumine, mais on n'observa pas trace de crochets.

OBSERVATION XXV

Par Jean Barrié, interne des hôpitaux. *Kyste du tissu cellulaire prévertébral.*

V..., Julien, âgé de 34 ans, entre le 24 avril 1891, dans le service de M. Dujardin-Beaumetz, à Cochin.

Depuis deux ans, le malade a souvent des fourmillements dans les membres inférieurs qui se refroidissent facilement et il ressent, depuis trois mois, dans la région lombaire, des douleurs sourdes qui s'irradient dans la hanche gauche. Il a souvent des maux de tête et des éblouissements.

Le 22 avril, en travaillant, le malade est pris brusquement d'un étourdissement et perd connaissance. Quand il revint à lui au bout de vingt minutes, la jambe gauche était engourdie et était le siège de douleurs très violentes. En même temps elle se refroidit et prit une couleur violacée. Le lendemain matin, les douleurs avaient diminué, mais la circulation ne se rétablissant pas, le malade entra à l'hôpital.

Au moment de l'entrée, on constate que la jambe et le pied gauches ont une couleur violacée et qu'ils sont sensiblement plus froids que la jambe et le pied du côté opposé. Les parties atteintes sont un peu douloureuses à la pression, mais la sensibilité est intacte. Les battements de l'artère pédieuse et de l'artère poplitée du côté gauche sont impossibles à percevoir, tandis que les battements de la fémorale se constatent très facilement au niveau du triangle de Scarpa.

Les jours suivants, les douleurs vont en diminuant et la circulation se rétablit petit à petit, sauf au niveau du gros orteil gauche qui reste froid et sur lequel apparaît une petite plaque noirâtre de sphacèle.

En présence de ces symptômes, le diagnostic porté fut celui d'embolie artérielle et la marche des accidents permettait d'espérer que tout se bornerait à la perte du gros orteil.

Le 12 mai. Dans la nuit, le malade est pris brusquement de frissons, d'étourdissements et de douleurs extrêmement violentes dans les deux membres inférieurs. En même temps, le thermomètre atteint 41°.

Le 13. Le matin, la fièvre a complètement disparu, mais les douleurs sont toujours très violentes, surtout à droite. Elles partent de la racine des cuisses et s'étendent jusqu'à la plante des pieds. Les jambes et les pieds sont froids et ont une cou-

leur violacée. Au niveau des cuisses, la température est normale; mais sur la cuisse gauche, on remarque par place des petites taches violacées. On perçoit très nettement les battements de la fémorale des deux côtés, mais il est impossible de sentir ceux de la poplitée et de la pédieuse.

L'apparition de ces symptômes confirme le diagnostic d'embolie, mais il est impossible d'en déterminer l'origine, car l'examen du cœur est négatif. De plus, le malade se plaint de fourmillements dans ses membres supérieurs et les battements des deux radiales sont extrêmement faibles.

Le 14. État stationnaire.

Les jours suivants, l'état du malade va en s'aggravant. Les deux jambes deviennent noires et sont le siège d'un suintement devenu infect. La gangrène atteint même la partie inférieure des cuisses et il se produit des eschares au sacrum. Le malade est pris de délire la nuit et il succombe le 4 juin.

Autopsie. — On trouve, au-devant de la colonne vertébrale, dans la région lombaire, une tumeur molle, fluctuante, du volume du poing. L'aorte se trouve fortement refoulée à droite par la tumeur dont elle occupe la partie latérale droite dans une assez grande étendue, de l'origine des rénales à l'origine des deux iliaques primitives.

L'uretère gauche est englobée au milieu de la tumeur, mais paraît pourtant avoir conservé sa perméabilité car on ne constate aucune dilatation au-dessus.

Si on incise l'aorte, on tombe sur un caillot fibrineux qui se prolonge dans les deux iliaques et qu'on retrouve jusque dans les fémorales. On remarque, en plus, une plaque d'endarterite au point où l'aorte est en rapport avec la tumeur.

La nature de la tumeur est facile à déterminer, car, en faisant une incision, on voit sortir des hydatides; mais il est plus difficile de dire dans quel tissu elle s'est développée. Elle est indépendante de la colonne vertébrale sur laquelle elle est mobile et après l'avoir enlevée, on voit que les os à son niveau ne présentent aucune altération.

Les autres organes sont sains. Les valvules du cœur sont normales.

CONCLUSIONS

1° La région sacro-lombaire est, pour les kystes hydatiques, un siège de prédilection.

2° Dans la majorité des cas, ces kystes sont développés primitivement au sein même des muscles de la région.

3° Le traumatisme joue un rôle incontestable, fréquent mais non constant, dans leur étiologie.

4° Le diagnostic de ces produits parasitaires est souvent très difficile ; on les a confondus surtout avec des abcès froids, idiopathiques ou symptomatiques, et des lipomes.

5° Le traitement qui s'impose, lorsque le diagnostic est posé, c'est l'ablation complète du kyste.

Vu : le président de Thèse.

TILLAUX

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-recteur de l'Académie de Paris.

GRÉARD.

